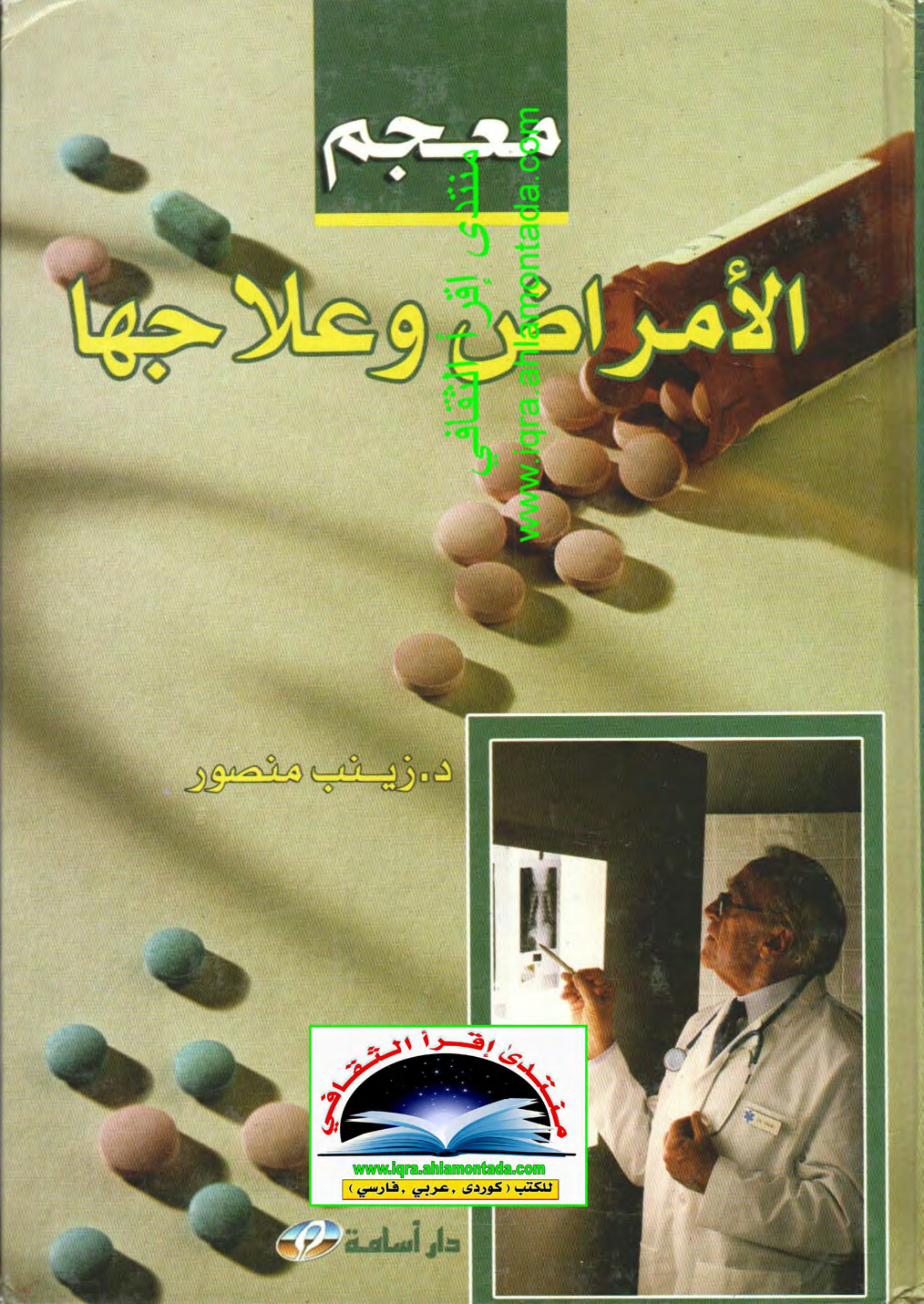

معجم
الأمراض وعلاجها
د. زينب منصور
دار أسامة
منتدى إقرأ الثقافي
www.iqra.ahlamontada.com
للكتب (كوردى ، عربي ، فارسي)

معجم

الأمراض وعلاجها

أول معجم شامل بكل مصطلحات الأمراض
المتداولة في العالم وتعريفاتها

تأليف

د. زينب منصور حبيب

دار أسامة للنشر والتوزيع

الأردن — عمان

الناشر

دار أسامة للنشر والتوزيع

الأردن- عمان

◆ هاتف: 5658252-5658253 فاكس: 5658254

◆ العنوان: العبدلي مقابل البنك العربي

ص ب: 141781 البيادر

الرمز البريدي ١١٨١٤

Email: darosama@wanadoo.jo

Email: darosama@hotmail.com

Email: Info@darosama.com

www.darosama.com

الطبعة الأولى 2010م

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2009/6/2684)

616.03

حبيب، زينب منصور

معجم الامراض وعلاجها/ زينب منصور حبيب

عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع، 2009

( )ص

ر.أ.: 2009/6/2684

الواصفات:/الامراض//القواميس

◆ أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

ISBN 978-9957-22-311-3 (ردمك)

المقدمة

حقيقة أن الكتب الطبية المتخصصة ذات الصبغة العلمية هي كتب ومؤلفات نادرة في المكتبات العالمية، **كما أن لهذه الكتب فئة محددة تقوم بالاطلاع عليها وقراءتها لأهداف علمية وأكاديمية.**

ونظراً لتطور المفهوم الإنساني ونظراً لقرب الإنسان الذي نلحظه هذه الأيام من النظريات والنتائج الطبية، **ونظراً للانفتاح الطبي وسهولة الحصول من الجميع على أي معلومة طبية، أصبح الكتاب الطبي وهذا شيء جميل يسعى إليه كل مثقف أو مصاب بمرض معين لعله يجد في الكتاب جواباً لأسئلته التي يكون الطبيب غالباً هو مصدر الإجابة عنها.**

ونحن في هذا المعجم كان هدفنا هو التعليم أولاً والثقافة الصحية أو الطبية ثانياً، **حيث أننا ذكرنا في هذا المعجم كل الأمراض التي تصيب البشرية، وأشرنا إلى أعراض هذه الأمراض وأسبابها وأضفنا شيئاً جديداً لذلك وهو علاج هذه الأمراض والطريقة العلاجية للتخلص منها.**

من هنا **كان الهدف إذاً يدور حول القيمة العظيمة التي يسعى هذا المعجم وقد حرصنا أن تكون هذه المصطلحات معروفة بلفظها الإنجليزي وبهذا تسهل على القارئ ومن يريد الرجوع إلى هذا المعجم اليسر والسهولة.**

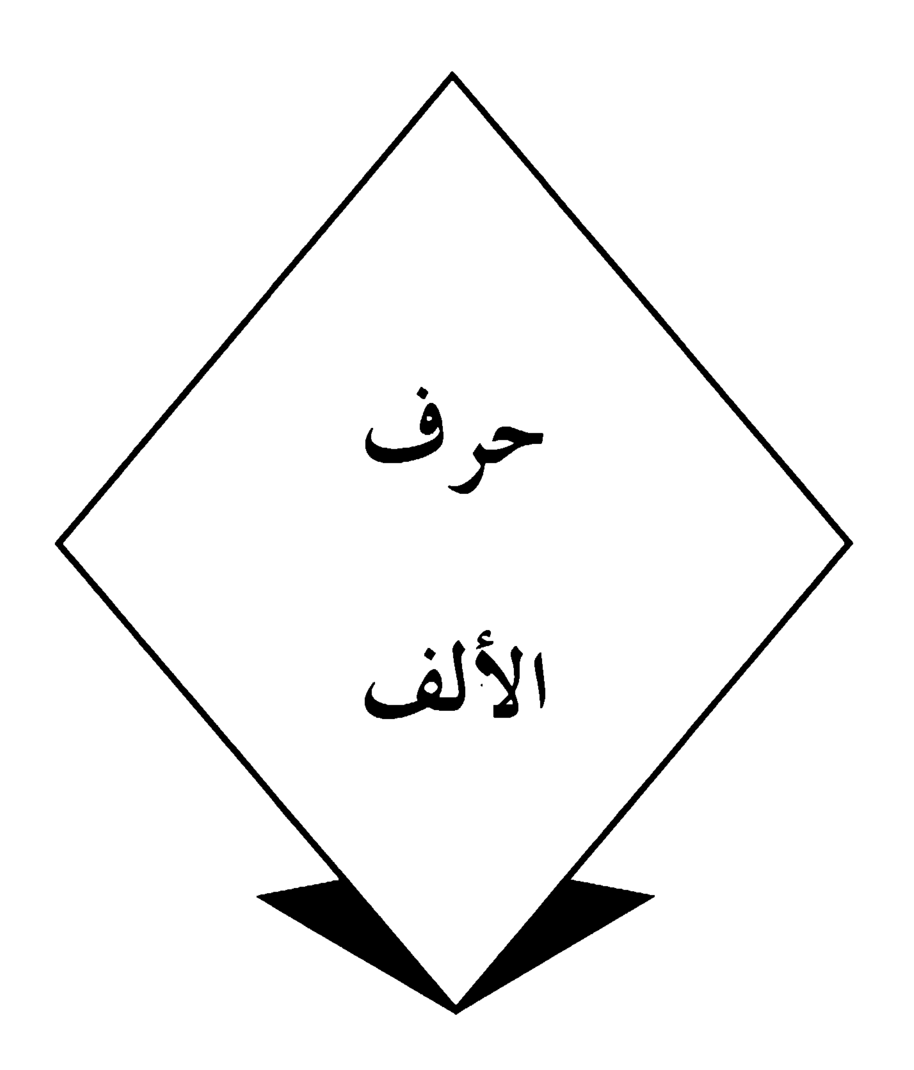
لقد قدمنا في هذا المعجم آلاف المصطلحات الطبية وقدمنا تلك الأمراض التي يصاب بها الإنسان، **وكان اهتمامنا منصباً على الوصول إلى ما هو فيه فائدة المريض وصاحب الاختصاص في وقت واحد.**

وقد كان الترتيب الذي اعتمدناه في تقديم تلك المصطلحات هو المعجم العربي وحسب الحروف الأبجدية (الألفباء).

نسأل الله أن نكون قد وفقنا في جمع تلك المصطلحات بأنواعها وأشكالها.

ونسأل الله الحماية من تلك الأمراض.

المؤلف



حرف الألف



ابيضاض الدم Leukemia:

هو اضطراب يصيب الخلايا الجذعية في نخاع العظم (Stemcells)، ويظهر هذا الاضطراب بشكل زيادة كبيرة في عدد كريات الدم البيضاء في الدم وقد تصل هذه الزيادة حتى ٥٠ ألف كرية بيضاء/١٠٠ سم^{٣}، ويسمى أيضاً سرطان الدم.

المسببات:

لا تزال مسببات هذا المرض غير معروفة حتى الآن.

الأنواع:

يصنف مرض ابيضاض الدم كما يلي:

أ- حسب الشدة:

١- ابيضاض الدم الحاد (Acut Leukemia)
٢- ابيضاض الدم تحت الحاد (Subacut Leukemia)
٣- ابيضاض الدم المزمن (Chronic Leukemia)

ب- حسب نوع الخلايا البيضاء الزائدة:

١- ابيضاض الدم الليمفاوي (Lymphocytic Leukemia).
٢- ابيضاض الدم غير الليمفاوي (النخاعي) (No Lymphocytic Leukemia).
٣- وقد يكون كلا النوعين حاد أو مزمن.

أعراض المرض:

١- ارتفاع غير معروف السبب في درجة حرارة الجسم.
٢- نقص الوزن.
٣- الآم في العظام وخاصة ألم عظم القص الذي يكون موجه للتشخيص.
٤- الآم في المنطقة البطنية.
٥- تضخم الطحال والكبد والعقد الليمفاوية.

التشخيص:

1- **فحص الدم بشكل كامل.**

2- **فحص نخاع العظم مجهرياً بعد بزله.**

العلاج:

1- **استخدام أدوية سامة للخلايا تعطى وفق برامج معينة من أجل تقليل وتهدئة الأعراض.**

2- **إجراء زراعة نخاع العظم** (ما تزال هذه الطريقة في مجال البحث).

إجهاض (إسقاط) Abortion:

هو انتهاء الحمل قبل انتهاء مدته الطبيعية البالغة ٢٨ أسبوعاً أي قبل حدوث الوضع الطبيعي، **وهو خروج محصلات رحم الحامل في أي وقت من الحمل، ونسبة حدوثه في كل حالة حمل من بين خمس حالات تقريباً.**

تقع أغلب حالات الإجهاض قبل الأسبوع الثاني عشر من الحمل، **ويكون على نوعين: إجهاض طبيعي وهو ما يحدث بغير تعمد والإجهاض الصناعي المحدث وهو ما يفتعل افتعالاً بقصد التخلص من الجنين لأسباب عديدة وأولى دلائله هو النزف المهبلي.**

المسببات:

يتسبب بالإجهاض الطبيعي عوامل عديدة منها:

- **النمو غير الطبيعي للطفل.**
- **الإصابة بأمراض الجهاز التناسلي مثل مرض الزهري الذي كثيراً ما يتسبب بحدوث الإجهاض في الأشهر الأولى من الحمل.**
- **وجود عيب تشريحي في وضع الرحم أو في تركيب الحوض.**
- **نتيجة لإجهاد أو إصابة مفاجئة.**

ويمكن إنقاذ الجنين إذا كان النزف شحيحاً غير مصحوب بالألم حيث توصى الأم الحامل بالراحة التامة في السرير لحين توقف النزف، فإذا لم تجهد الأم نفسها في الأيام القليلة التالية عاد الحمل إلى مساره الطبيعي وزال الخطر عن الجنين.

أما إذا كان النزيف غزيراً ومصحوباً بالألم فهذا يعني على الأرجح أن الجنين قد مات، **ويترتب على الأم دخول المستشفى لتنظيف رحمها تحت تأثير مخدر عام.**

وتعتبر محاولة الإنجاب ثانية بعد الإجهاض عملية آمنة غير أن بعض الأطباء يقترحون التريث ريثما تمر ثلاث دورات شهرية لكي يستقر الرحم.

احتباس الإدرار الحاد Acute Urine retention:

هو عدم القدرة على التبول **في حين إن المثانة تكون ممتلئة بالإدرار.**

أعراض المرض:

١- حدوث الآم تشنجية في منطقة الحوض وفي منطقة المثانة.

٢- حدوث ألم في المثانة عند الضغط عليها.

٣- الشعور بالحاجة إلى التبول.

المسببات:

تختلف مسببات احتباس الادرار باختلاف الأشخاص، وهي لدى الأطفال:

- **وجود عاهات أو تشوهات خلقية: مثل تضيق القلفة أو اختناقها.**
- **وجود تقرحات في الفتحة البولية الخارجية.**
- **وجود حصى في المثانة** (في حالات نادرة جداً).

لدى النساء:

- **وجود تورم ليفي في الرحم.**
- **انقلاب الرحم.**
- **مضاعفات الولادة.**
- **الإصابة باضطرابات الجهاز العصبي.**
- **التعرض لحالات عصبية واضطرابات نفسية شديدة.**

لدى الشباب وكبار السن:

- **تضخم البروستات.**
- **التهاب الإحليل.**
- **التشنجات الناجمة عن البرد.**

- **الإفراط في تناول الكحول.**
- **الإصابة بالسيلان** (التعقيبة).
- **وجود حصى أو أورام.**
- **الإصابة بشلل المثانة** (يحدث بسبب اضطراب عصبي).

العلاج:

يتم علاج هذه الحالة بعد التشخيص وتحديد الأسباب التي أدت إلى حدوث الاحتباس لأن العلاج يختلف باختلاف السبب، **ويقوم الطبيب بإجراء أولي لتفريغ المثانة عن طريق القثطرة التي تتم بإدخال أنبوب خاص إلى المثانة يتصل بكيس لجمع الإدرار لحين إتمام العلاج وشفاء المريض.**

احتشاء Infarction:

هو بؤرة محدودة من النخر الموضعي (الموت النسيجي)، **يحدث بسبب الانقطاع المفاجيء للتروية الدموية في تلك المنطقة، وقد يحدث في أي عضو من أعضاء الجسم، سببه تكون خثرة دموية أو أي صمامة، أو قد يكون بسبب انقباض شديد في الوعاء الدموي الذي يغذي تلك المنطقة.**

مراحل الاحتشاء:

١- المرحلة الأولى: من (٠-٦) ساعة: **لا تبدي المنطقة المصابة بالاحتشاء أي تغيرات عينية أو مجهرية.**

٢- المرحلة الثانية: من (٦-٢٨) ساعة: **يأخذ الاحتشاء حدوداً واضحة وتكون بشكل مخروطي أو هرمي، وفي هذه الحالة** يمكن تمييز عدة أنواع من الاحتشاءات منها:

أ- الاحتشاء الأبيض: **يحدث في نهاية شريان ليس به قروح أي أنه يحدث في الأعضاء ذات التروية الانتهائية مثل القلب، الكلية، الطحال، الدماغ ولذلك تبدو المنطقة شاحبة وبيضاء اللون.**

ب- الاحتشاء الأحمر: **يحدث إذا كان العضو المصاب يغذى بشريان له تروية جانبية كما هو الحال في الرئتين حيث تبدو البؤرة المصابة بالاحتشاء سمراء محمرة ذات حدود واضحة.**

الأعراض:

١- **ألم شديد في المنطقة المصابة.**

٢- **خدر وتنمل في المنطقة وفقدان الإحساس.**

٣- **برودة المنطقة المصابة.**

٤- **فقدان وظيفة العضو المصاب.**

احتشاء العضلة القلبية Myocardial Infarction:

هو حدوث موت موضعي في جزء من العضلة القلبية **سببه انقطاع التروية الدموية عن تلك المنطقة وتحدث بسبب انسداد مفاجئ في أحد فروع الشريان التاجي المغذي للعضلة القلبية.**

المسببات:

وجود تخثر دموي **بسبب التصاق الصفيحات الدموية بالجدار الداخلي للشريان المتصلب مما يؤدي إلى انسداده** وهي نفس أسباب تصلب الشرايين منها:

١- **زيادة نسبة الكوليسترول في الدم.**

٢- **التوتر العصبي الشديد والصدمات النفسية الحادة.**

٣- **زيادة الوزن والسمنة المفرطة.**

٤- **الإصابة بالأمراض المزمنة وخاصة السكري وارتفاع ضغط الدم وهما من أهم العوامل المسببة للاحتشاء.**

الأعراض:

١- **حدوث ألم شديد جدا في منطقة الصدر، يبدأ في وقت الراحة وينتشر إلى الكتف الأيسر، حيث يمتد على طول الحافة الأنسية للذراع الأيسر، وقد يدخل المريض في صدمة عصبية** (Shock) **من شدة هذا الألم من الشدة** (وعلامات الصدمة: حدوث انخفاض مفاجئ في ضغط الدم، وتسارع في نبضات القلب وبرودة الجلد ورطوبته بسبب التعرق الشديد، وانخفاض درجة حرارة الجسم، وشحوب الوجه) **ويستمر الألم لأكثر من ساعة.**

٢- **التعرق الغزير وبرودة الجلد والغثيان.**

٣- **صعوبة التنفس وقد يفقد المريض وعيه.**

٤- **قد يموت المريض في الحال بسبب توقف القلب عن العمل** (سكتة قلبية).

التشخيص:

١- **إجراء تخطيط كهربائي للقلب** (ECG) .

٢- **فحص الأنزيمات القلبية** (حيث يزداد مستوى الأنزيمات القلبية وترتفع سرعة الترسيب في الدم كما يرتفع عدد كريات الدم البيضاء).

٣- **إجراء القثطرة القلبية** (Cardiac Catheterization).

العلاج:

١- **يعطى المريض مسكناً قوياً** (كالمورفين أو البثدين) **لتجنب حدوث الصدمة مع الراحة التامة.**

٢- **يوضع المريض على جهاز مراقبة الاختلاطات ليتم علاجها فوراً في حال حدوثها مع إعطاءه الأوكسجين ويبقى تحت المراقبة التامة.**

٣- **يعطى المريض الأدوية الموسعة للشرايين القلبية والأدوية المضادة للتجلط بشكل منتظم.**

وقد وجد أن لحامض الأستيل ساليسليك (Acetyl Salicylic Acid) الذي يحضر منه الأسبرين بأسمائه المختلفة مفعول مقاوم لحدوث التجلطات (التخثرات) في الدم حيث يحافظ على سيولة الدم فيقلل بذلك من حدوث التصاقات الصفائح الدموية، **وهذا المفعول لا يتحقق إلا بجرعات بسيطة من الأسبرين لا يتجاوز مقدارها (١٥٠) ملغم، وقد بقي الأسبرين لعدة سنوات يوصف لزيادة سيولة الدم لدى مرضى القلب لتقليل تجلط الدم وخطر الإصابة بالنوبة القلبية الثانية، ولكن الأدوية التي ظهرت في السنوات الأخيرة ذات قدرة أكبر على فتح الشرايين المسدودة في القلب فهذه الأدوية تقلل من قدرة الصفيحات الدموية على الالتصاق مع بعضها البعض أفضل مما يفعله الأسبرين، ومن هذه الأدوية دواء يسمى بـ** (سوبر أسبرين) **له مفعول أفضل من مفعول الأسبرين لمنع حدوث النوبات القلبية لدى مرضى القلب.**

وهناك فوائد بعيدة المدى لهذه الأدوية، **حيث أن استعمالها يقلل من عدد مرضى القلب الذين يتعرضون لنوبة قلبية ثانية، كما يقلل من عودتهم إلى المستشفى لتلقي المزيد من العلاج، ويقلل أيضاً من حالات توقف القلب المفاجئ، وهي فعالة لدى المرضى ذوي الحالات الخطيرة جدا والمتوسطة الخطورة.**

احتقان Congestion:

هو حدوث زيادة في كمية الدم الموجودة في وعاء ما أو في نسيج ما عن حدها الطبيعي، **وقد يحدث الاحتقان في أجزاء مختلفة من الجسم** مثل:

- **احتقان الكبد: يتضخم الكبد نتيجة لتجمع الدم فيه وعدم القدرة علىإعادة الدم إلى القلب فيصبح لونه أحمر داكن في المركز وباهتاً على الأطراف، وقد تحدث استحالة شحمية بسبب قصور التروية الدموية للكبد نتيجة لحدوث هبوط في القلب.**
- **احتقان الرئة: يحدث احتقان الرئة في حالة هبوط القلب، بسبب صعوبة تصريف الدم من الأوردة الرئوية فيتجمع في الرئة ويصبح لونها أحمر غامق فينتج عنه إعاقة التنفس.**

أنواع الاحتقان:

١- **الاحتقان الفاعل أو الشرياني (Active Congestion).**

هو زيادة كمية الدم الشرياني بسبب حدوث توسع وعائي شرياني في المنطقة المصابة وتحدث أعراضه بسرعة كبيرة وهي:

- **احمرار المنطقة المصابة.**
- **ارتفاع درجة حرارة المنطقة** (موضعياً).
- **زيادة في التوسعات الوعائية الدموية في المنطقة.**

الأسباب:

يحدث الاحتقان الشرياني الفعال في الحالات التالية:

- **عوامل بيئية: كما في احمرار الجلد بعد التعرض الطويل لأشعة الشمس.**
- **عوامل عصبية: كما في حمرة الخجل.**

- عوامل هرمونية: كما في الاحتقان الرحمي الذي يحدث أثناء الحمل.
- عوامل التهابية: كما في بعض مراحل الالتهاب.

٢- الاحتقان المنفعل أو الوريدي **(Passive Congestion)**.

هو تراكم الدم في الأنسجة بسبب وجود عائق على مسير الدوران الوريدي، وتكون المنطقة المصابة ذات لون بنفسجي مزرق بسبب توسع الأوعية الدموية الشعرية والوريدية الصغيرة فيها.

الأسباب:

يميز الاحتقان المنفعل شكلان:

أ- الاحتقان المنفعل العام: يحدث نتيجة لقصور القلب الاحتقاني (C.H.F.) أي عدم تمكن القلب من القيام بوظيفته الرئيسية، وأهم أعراضه صعوبة في التنفس بسبب تجمع الدم في الوريد الرئوي والازرقاق والوذمة.

ب- احتقان منفعل موضعي: يحدث في منطقة أو عضو معين.

٣- احتقان استلقائي **(Hypostatic Congestion)**.

وهو تجمع الدم في المناطق السفلية من الجسم عند الاستلقاء لفترة طويلة ويحدث ذلك بسبب الجاذبية الأرضية أو بسبب ضعف في عضلة القلب.

ارتجاع حامض المعدة (حُرقة الفؤاد) Gastroesophageal Disease Reflux:

وهو مرض شائع يصيب عدد كبير من الناس وتقدر الإحصاءات بأن ٤٠% من الناس يشتكون من حرقة الفؤاد لبعض الوقت.

يحدث الارتجاع بسبب اندفاع عصارة المعدة والتي تحتوي على حموضة عالية إلى أسفل المريء، ويشتكي معظم المرضى عادة من آلام وحرقة في المنطقة السفلية من الصدر، وعندما تكون كميات العصارة المرتجعة كبيرة ومتكررة على مدى فترة طويلة من الزمن تصاب بطانة المريء بالالتهابات المزمنة.

أعراض المرض:

يشعر المريض عادة بحرقة في المنطقة السفلية من الصدر، **تترافق في بعض الأحيان بأعراض أخرى أهمها:**

- **مرارة في الطعم.**
- **صعوبة في البلع.**
- **تغيير في نبرة الصوت.**
- **نوبات من الربو المتكررة.**
- **ضيق في التنفس.**
- **آلام في الصدر تشبه آلام الذبحة الصدرية.**
- **التهابات متكررة في الحنجرة والقصبات الهوائية.**



صورة بالمنظار للجزء السفلي للمريء (طبيعي)

العلاج:

يستطيع المريض في كثير من الأحيان بمساعدة الطبيب الأخصائي السيطرة على هذا المرض عن طريق تغيير نمط الحياة، وأنواع الأكل وتعاطي أنواع من الأدوية الخاصة وهذا يتلخص في الخطوات التالية:

١- تجنب بعض المأكولات: التي ينتج عن تناولها ارتجاع في المريء مثل الكاكاو، والشاي، والقهوة، والبهارات، والنعناع، والأكلات الدهنية، والطماطم، وعصير البرتقال والليمون، والمشروبات الكحولية.

٢ - الإقلاع عن التدخين لأن النيكوتين يهيج غشاء المعدة لإفراز حموضة عالية، كما يتسبب بارتخاء الصمام السفلي للمريء والذي ينتج عنه ارتجاع في الحموضة.

٣- تجنب الأكل قبل النوم بمدة لا تقل عن ٢-٣ ساعات.

٤- إعطاء المريض الأدوية المضادة للحموضة (Anti Acid Drugs) مثل التاكاميت، الزانتاك، البيسيد، أو الأكسد وكذلك اللوسك، واللانزور، أو البنتازول، والتي تعمل على تقليل حامضية السوائل المعدية ما يخفف من حدوث الحرقة والتقرحات.

المضاعفات:

عندما تكون الحرقة مستمرة ومتكررة لأكثر من مرتين أسبوعياً وتسبب الإزعاج. وبعد اتباع خطوات العلاج أعلاه دون فائدة عندها يجب مراجعة الطبيب المختص، لأن الإهمال في هذه الحالات يعرض بطانة المريء إلى بعض المضاعفات الجانبية والتي يمكن تجنبها عند الفحص المبكر، ومنها:

- الآلام الشديدة في المنطقة الصدرية الشبيهة بآلام القلب.
- تضيق المريء.
- نزيف جدار المريء.
- تغييرات في بطانة المريء.

وبعض الأعراض الجانبية تدل على مضاعفات جانبية خطيرة أهمها:

- صعوبة البلع: وهو شعور المريض بعدم القدرة على إنزال الطعام إلى المريء.
- النزيف: ينتج عن التهابات مزمنة وتقرحات في جدار المريء.
- الشرقة المتكررة: نتيجة اندفاع حموضة المعدة ومحتويات المريء إلى القصبة الهوائية، وينتج عنه السعال المتكرر، وضيق في التنفس وتغيير في الصوت.

التشخيص:

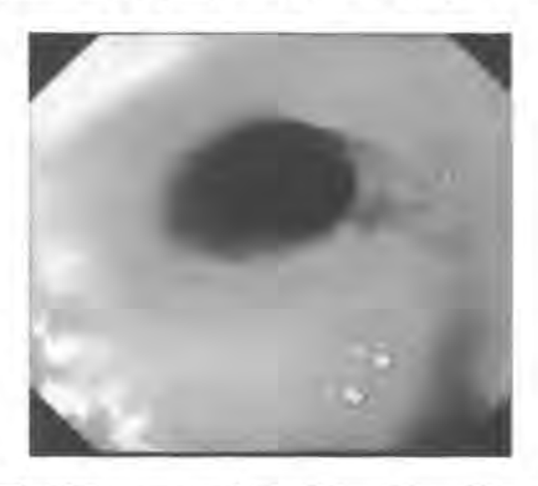
يحتاج الطبيب المختص إلى إجراء بعض الفحوصات والتحاليل المختبرية الخاصة مثل:

١- **الأشعة: يتناول المريض في هذا التحليل صبغة خاصة** (وجبة الباريوم) **وبعدها يقوم أخصائي الأشعة بأخذ صور خاصة للمريء وعادة لا يحتاج هذا التحليل إلى أي أدوية وريدية أو أدوية مهدئة.**

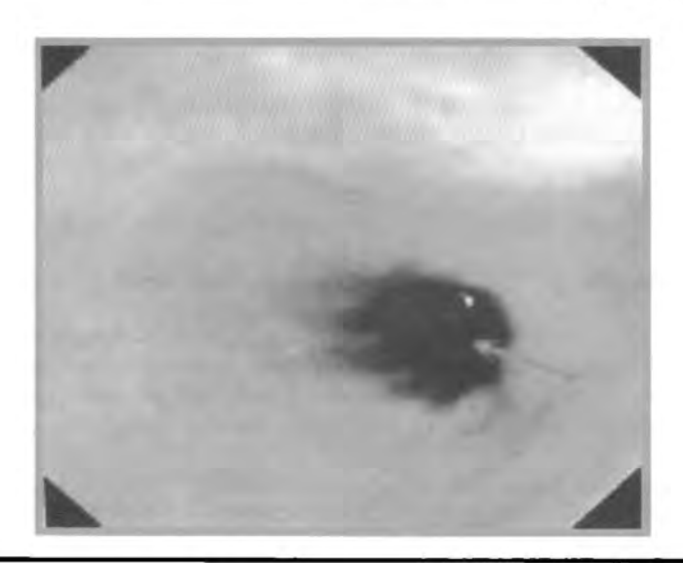
٢- **منظار المريء: وهو من أهم التحاليل للتعرف على الكثير من أمراض المريء حيث يقوم اخصائي الجهاز الهضمي في هذا التحليل بعد إعطاء المريض بعض الأدوية المهدئة في الوريد بفحص بطانة المريء، والمعدة والاثني عشري عن طريق إدخال جهاز المنظار عن طريق الفم.**

٣- **الفحص الحركي للمريء: يقوم الطبيب المختص في هذا التحليل بإدخال أنبوبة خاصة عن طريق الأنف لفحص حركة المريء.**

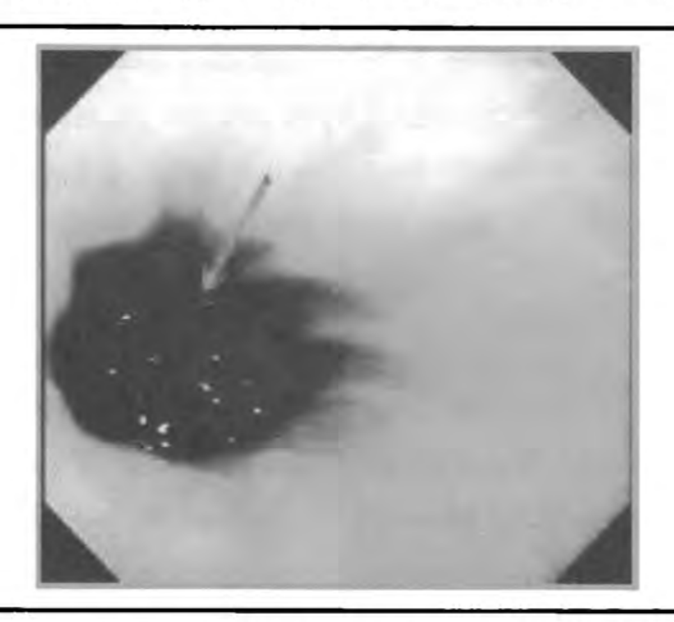
٤- **فحص درجة الحموضة: يقوم الطبيب المختص بإدخال أنبوبة خاصة عن طريق الأنف لفحص درجة الحموضة، ويستغرق وقت التحليل** ٢٤ ساعة.



صورة بالمنظار لأسفل مريء مصاب بارتجاع حامض المعدة، يظهر فيها الاحمرار وهشاشة البطانة وتضيق أسطواني في المريء



صورة بالمنظار لأسفل مريء مصاب بارتجاع حامض المعدة، يظهر فيها إحمرار وهشاشة بطانة المريء وارتخاء صمام المريء السفلي(انظر السهم) وتجعد أطرافه



صورة بالمنظار لأسفل مريء مصاب بارتجاع حامض المعدة، يظهر فيها إحمرار وهشاشة بطانة المريء وارتخاء صمام المريء (انظر السهم) السفلي وتجعد أطرافه والذي يظل مفتوحاً

وينصح المرضى الذين يُعانون من ارتجاع حامض المعدة (الحارج) (أو الجزر المعدي المريئي (reflux Gastroesophageal)) باتباع النصائح التالية التي تقلل أو تمنع صعود أو ارتجاع الأحماض داخل المريء:

١- الامتناع عن التدخين لأن التدخين:

- **يثبط من إنتاج المعدة للبيكاربونات (Bicarbonate) أي يقلل من إنتاجها وهي مضادات طبيعية للأحماض.**
- **يزيد من عدد مرات الجزر المعدي المريئي** (أي صعود الأحماض للمريء).
- **يزيد من إنتاج المعدة للأحماض.**

٢- الامتناع عن تناول أنواع معينة من المأكولات والمشروبات منها:

- **القهوة والمشروبات الكحولية والمشروبات الغازية التي تحتوي على الكافيين.**
- **الحمضيات والطماطم ومنتجاتها.**
- **المأكولات الدسمة والكثيرة التوابل والبهارات.**
- **الشوكولاتة.**
- **النعناع.**

٣- الامتناع عن الأكل بساعتين قبل موعد النوم.

٤- رفع رأس السرير ٤ إلى ٦ إنج (١٠ إلى ١٥ سنتيمتر).

٥- إنقاص الوزن إذا كان زائداً.

٦- عدم لبس ملابس ضيقة وتجنب وضعية الركوع قدر الإمكان وخاصة عند حمل الأشياء من الأرض.

٧- تجنب تناول الأدوية التي تقلل من تقلصات المريء أو إفراز اللعاب قدر الإمكان بعد استشارة الطبيب ومنها على سبيل المثال مضادات الكالسيوم (Calcium antagonists) والثيوفلين (Theophyline) والبروجستيرون (Progesterone).

ارتخاء الصمام التاجي Mitral Valve Prolapse :

هو مرض شائع، **وأكثر الأمراض الصمامية حدوثاً، حيث تبلغ نسبة الاصابة به** بين ٥-٨% **ويصيب النساء أكثر من الرجال.**

المسببات:

ينتج هذا المرض عن ظهور ليونة وارتخاء في احدى وريقات الصمام الأمامية أو الخلفية أو كلتيهما، **مع تطاول وتمدد في الأربطة المعلقة والداعمة لهذا الصمام مما يؤدي الى حدوث اندفاع في هذه الوريقات خلال انقباض البطين الأيسر داخل الأذين اليسر مع حدوث ارتجاع للدم داخل الأذين بكميات مختلفة.**

أعراض المرض:

- **خفقان:** وهو **أكثر الأعراض حدوثاً ويعتبر الشكوى الرئيسية لأكثر المرضى، وسببه إما تسارع ضربات القلب أو وجود ضربات غير طبيعية.**
- **الآلام في الصدر و الشعور بوخزات.**
- **قد يشتكي بعض المرضى من زلة تنفسية.**
- **الشعور بتعب عام ودوخة وخدر في أحد الأطراف.**
- **قد يتعرض المصاب لنوبات من الفزع والاضطراب النفسي** Panic Attack **في حالات نادرة.**

التشخيص:

يتم تشخيص المرض بعد إجراء الفحص السريري الدقيق، **ويستخدم التصوير بالأمواج فوق الصوتية للقلب لمزيد من التأكد ومعرفة درجة الاصابة، وفي بعض الحالات يستلزم اجراء تخطيط للقلب** لمدة ٢٤ ساعة **للبحث عن أسباب الخفقان.**

العلاج:

لا تحتاج أغلب الحالات الى علاج، **إما لكون الحالة من دون أعراض أو لأن الاصابة خفيفة جداً وتكفي مراقبتها، ولكن يمكن اعطاء المريض بعض الأدوية مثل مضادات بيتا أو الأسبرين بجرعات صغيرة للوقاية من التخثرانفي حالة وجود خفقان**

أو الآم صدرية مزعجة ومتكررة، كما يمكن إعطاء المريض المضادات الحيوية للوقاية من حدوث التهاب في الطبقة الداخلية للقلب (الشغاف القلبي) **وذلك عند ظهور أي التهاب في المجاري التنفسية العلوية أو قبل اجراء الجراحات أو عند معالجة الأسنان.**

ويجب على هؤلاء المرضى التوقف عن تناول المنبهات بكثرة كالقهوة والشاي وايقاف التدخين وتجنب الرياضة العنيفة وممارسة الرياضة البسيطة كالمشي والسباحة، وعليهم اتباع نصائح الطبيب بشكل دقيق.

ارتفاع ضغط الدم الشرياني (Hypertension):

وهو ارتفاع ثابت في قيم ضغط الدم وخاصة ضغط الدم الإنبساطي.

وتتكون قراءة ضغط الدم من الضغط الانقباضي (ضغط الدم حين انقباض عضلة القلب systolic pressure) **وهي القراءة العلوية والضغط الانبساطي** (ضغط الدم حين ارتخاء عضلة القلب diastolic pressure) **وهي القراءة السفلية، ومعدل ضغط الدم الطبيعي بالنسبة للبالغين هو غالباً** ١٢٠/٨٠ (mmhg مليمتر زئبق)، **ويعتبر الشخص مصاباً بارتفاع ضغط الدم حينما تكون قراءة ضغط الدم أعلى من** ١٣٠/٩٠ (mmhg مليميتر زئبق) **باستمرار.**

تعريف منظمة الصحة العالميةً (WHO) لارتفاع ضغط الدم:

التصنيف	الضغط الإنقباضي (Systolic pressure)	الضغط الإنبساطي (Diastolic pressure)
طبيعيNormotension	أقل من<١٣٠ mmhg	أقل من<٩٠ mmhg
مرتفع Hypertension	أعلى >١٦٠ mmhg	أعلى > ٩٣ mmhg
حالات حدية Borderline (على الحافة)	تقع القراءة بين القراءات أعلاه	

والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم هم:

- **الرجال فوق سن الثلاثين.**
- **وجود تاريخ عائلي بارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب.**

- نساء مصابات بارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.
- الرجال والنساء ذوي البشرة الداكنة.

ويصنف ارتفاع ضغط الدم الشرياني حسب المسبب إلى نوعين:

أ- ارتفاع ضغط الدم الأساسي (Essential Hypertension) ويسمى أيضاً ارتفاع الضغط الدموي الأولي (Primary Hypertension)، وأسبابه غير معروفة (Unknown)، لذلك يسمى أيضاً ارتفاع الضغط الدموي المجهول السبب **Idiopathis**(Hypertension)، ويشكل نسبة ٩% من الحالات، وقد تتداخل عوامل عديدة في إحداثه لذلك سميت بالعوامل المهيئة لحدوث ارتفاع الضغط الدموي الأساسي وهي:

١- العوامل الوراثية (الجينية): وهي من نوع الوراثة متعددة العوامل (Multifactorial Inheritance) أي أن هناك أكثر من جين واحد (Gene) يشترك في نقله.

٢- العوامل النفسية: حيث إن الاضطرابات النفسية والتوترات العصبية التي يتعرض لها الفرد لها دور في إصابته بارتفاع ضغط الدم.

٣- السمنة: وتعتبر عاملاً مهماً في الإصابة بهذا المرض.

٤- الإصابة بمرض السكري.

٥- إدمان الكحول.

وتسمى هذه العوامل أيضاً بعوامل الخطر (Risk Factors)، لأن إصابة الشخص بأحد هذه العوامل أو أكثر تجعله أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

ب- ارتفاع ضغط الدم الثانوي (Secondary Hypertension) : وسمي كذلك لأنه يحدث نتيجة لإصابة الشخص بأمراض أخرى، ويشكل ١٠% من حالات ارتفاع ضغط الدم، ويمكن أحياناً معالجته بشكل كامل وذلك بعلاج المرض الرئيسي الذي أدى إلى ارتفاع ضغط الدم.

مسببات ارتفاع ضغط الدم الثانوي:

- مسببات وراثية أو ولادية Congenital or hereditary problems.

- تضيق برزخ الشريان الأبهر Coarctation of the Aorta.
- مرض الكلى متعدد الكيسات Polycystic kidney disease.
- أمراض الشريان الكلوي الولادي Congenital renal artery disease.
- تأثيرات جانبية للأدوية Drug-induced problems.
- حبوب منع الحمل ٣% من النساء Oral contraceptives.
- حبوب الكورتيزون Oral corticosteroids.
- أمراض الغدد الصماء Endocrine disease.
- فرط انتاج هرمون ألدستيرون الأساسي Primary aldosteronism وينتج من: (متلازمة كونز Conn's syndrom أو من فرط تنسج الغدة الكظرية Adrenal hyperplasia).
- متلازمة كوشنج Cushing's syndrome.
- ضخامة النهايات Acromegaly.
- فرط الدرقية Hyperparathyroidism.
- فيوكروموسايتوما (ورم بالغدة الكظرية يفرز هرمون الأدرينالين) Phaechromocytoma.
- أمراض الكلى Renal disease.
- أورام مفرزة للرينين Renin-secreting tumors.
- التهاب كُبيبات الكلى Glomerulonephritis.
- التهاب حوض الكلية Pyelonephritis.
- تصلب الكلية نتيجة مرض السكري Diabetic nephrosclerosis.
- مرض الكلى متعدد الكيسات Polycystic kidney disease.
- تضيق الشريان الكلوي Renal artery stenosis.
- زراعة الكلى Renal transplantation.
- التهاب الكلية نتيجة الإشعاع Radiation nephritis.
- اعتلال الكلية نتيجة داء النقرس Gouty nephropathy.

- **اعتلال الكلية نتيجة الأدوية المسكنة** Analgesic nephropathy.
- **التهاب الشرايين** Vasculitis.
- **تصلب الشرايين العام المُترقي** Progressive systemic sclerosis.
- **التهاب الشرايين المتعدد** Polyarteritis nodosa.
- **ذأب حمامي عام** Systemic lupus erythematosus.
- **ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل** Pregnancy associated hypertension.
- **فرط إنتاج كريات الدم الحمراء** Polycythaemia rubra vera.

والجدول التالي يتضمن العضو والمضاعفات (Complications of hypertension) التي يسببها ارتفاع ضغط الدم الشرياني:

الدماغ Brain	• نوبة إفقارية عابرة (Transient ischaemic attack) • احتشاء دماغي (سكتة دماغية أو جلطة) (Cerebral infarction) • نزيف دماغي (Cerebral haemorrhage) • اعتلال دماغي نتيجة فرط ضغط الدم (Hypertensive encephalopathy)
العيون Eyes	• حادثة وعائية شبكوية (شبكية العين) (Retinal vascular accident) مثال: انسداد الوريد الشبكوي (Retinal vein occlusion) • اعتلال الشبكية نتيجة فرط ضغط الدم (Hypertensive retinopathy)
القلب Heart	• الذبحة الصدرية (Angina pectoris) • احتشاء القلب (جلطة القلب) (Myocardial infarction) • ضخامة أيسر القلب (Left ventricular hypertrophy) • قصور القلب (Heart failure)

الكلى **Kidneys**	• تضيق الشريان الكلوي (Renal artery stenosis) • تصلب الكلية (Nephrosclerosis) • نخر ليفي (Fibrinoid necrosis)
الشرايين الطرفية **Peripheral arteries**	• عرج متقطع (Intermittent claudication) • موات (غنغرينا) (Gangerene) • أم الدم الشرياني (انتفاخ موضعي في جدار الشريان) (Aretcrial aneurysms) • تسلخ الشريان الأبهر (Aortic dissection)

كما أن التدخين وارتفاع الدهون وارتفاع معدل الكولسترول في الدم ومرض السكري كلها عوامل تزيد من حدة مضاعفات ارتفاع ضغط الدم.

أنواع ضغط الدم:

يصنف ارتفاع ضغط الدم الشرياني حسب حدته إلى ثلاثة أنواع:

١- ارتفاع ضغط الدم البسيط (Mild Hypertension): **حيث يصل الضغط الإنبساطي إلى** ٩٥ ملم **زئبق.**

٢- ارتفاع ضغط الدم المتوسط (Moderate Hypertension): **حيث يصل الضغط الانبساطي إلى** ١١٥ ملم **زئبق.**

٣- ارتفاع ضغط الدم الحاد أو الخطير (Sever Hypertension): **حيث يصل الضغط الدموي الانبساطي إلى أكثر من** ١١٥ ملم **زئبق.**

أعراض المرض:

في أغلب الحالات يكون ارتفاع ضغط الدم غير عرضي أي إن المريض لا يشكو من ظهور أعراض معينة وهذا النوع خطير لأنه قد يدخل المريض بأحد مضاعفات الضغط الدموي دون سابق إنذار.

ولكن في بعض الحالات قد يبدي المريض أحد الأعراض التالية:

أولا: أعراض بسبب ارتفاع ضغط الدم:

١- **الصداع: يشعر المريض بصداع في المنطقة القفوية** (الخلفية) **في الرأس**

(Occipital Region) **عند الاستيقاظ من النوم ثم يخف تدريجياً بعد مرور عدة ساعات.**

٢- خفقان القلب.

٣- الدوخة.

٤- الشعور بالإعياء والتعب.

ثانياً: أعراض بسبب أمراض الأوعية الدموية (التي يسببها ارتفاع ضغط الدم) :

١- الرعاف (نزيف الأنف) (Epistaxis).

٢- التبول الدموي (Hemotrea) : **بسبب تأثير ارتفاع ضغط الدم على الكلية وأوعيتها الدموية.**

٣- ألم الصدر: **بسبب الذبحة الصدرية التي تحدث نتيجة لتصلب الشرايين التاجية.**

٤- عسر التنفس (Dyspnea): **يحصل بسبب حدوث عجز القلب الذي هو أحد مضاعفات ارتفاع ضغط الدم.**

ثالثاً: أعراض بسبب المرض الذي سبب ارتفاع ضغط الدم:

١- مرض كون: يصاب الجسم بشد عضلي وكثرة التبول (Polyurea) وكثرة شرب الماء (Plydipsia).

٢- مرض كوشنك: يؤدي إلى السمنة واضطرابات نفسية.

التشخيص:

يشخص ارتفاع ضغط الدم بعد أن تكون قراءات ضغط الدم مرتفعة عن المعدل بالنسبة للشخص على الأقل ثلاث إلى أربع قراءات وفي مناسبات مختلفة يكون بينها ثلاثة إلى أربعة أسابيع، ويفضل أن تكون القراءة في نفس الوقت من اليوم، هذا إذا لم يكن الارتفاع حاد وشديد ويحتاج إلى عناية فورية في المستشفى، أو وجود أي مضاعفات حادة من مضاعفات ضغط الدم.

١- الفحوصات المبدئية:

- فحص البول (Urine routine) للزلال (بروتين) والدم في البول **مما يدل على**

وجود مرض كلوي مسبب لارتفاع ضغط الدم أو تأثر الكلى بارتفاع ضغط الدم (مضاعفات).

- فحص الدم (CBC) للتأكد من عدم و جود فقر دم ممكن أن يكون ناتج عن فشل كلوي أو ارتفاع نسبة الهيموغلوبين (خضاب الدم) نتيجة فرط إنتاج كريات الدم الحمراء.
- فحص كيمياء الدم (Biochemistry):

أ- فحص اليوريا والكرياتينين للتأكد من عدم وجود مرض كلوي.

ب- فحص نسبة البوتاسيوم لاحتمال وجود مرض فرط إنتاج ألدستيرون الأساسي أو الثانوي إذا كانت القراءة أقل من ٣,٣ مليمول/لتر أو نتيجة استعمال المدررات. ويظهر تحليل الدم في هذه الحالة زيادة في نسبة الصوديوم وقلة البوتاسيوم عن الحد الطبيعي، كذلك يظهر زيادة هرمون الألدوستيرون في الدم ونقصاً في فعالية الرنين في البلازما (Plasma Renin Activity).

ج- فحص الكوليسترول والدهون لأنها تزيد من حدة مضاعفات ضغط الدم إذا كانت مرتفعة.

د- فحص معدل السكر في الدم لمعرفة ما إذا كان الشخص مصاب بالسكري ومعدل حامض اليوريك (Uric acid) الذي يكون مرتفعاً في السكري وتعاطي الكحول وداء النقرس.

٢- الفحوصات الشعاعية:

- هناك فحوصات شعاعية متطورة يتم من خلالها تحدد موقع الورم في الغدة الكظرية.
- أشعة الصدر (Chest radiograph x-ray) لمعرفة ما إذا كان هناك ضخامة أيسر القلب، أو وذمة الرئة (Pulmonary oedema) أو ثلمة الأضلاع الثالث إلى العاشر نتيجة تضيق برزخ الشريان الأبهر.

- رسم القلب (ECG Electrocardiogram) **لمعرفة التغيرات التي تشير إلى ضخامة أيسر القلب أو قلة التروية الدموية القلبية** (قلة تدفق الدم لتغذية القلب نفسه) Myocardial ischaemia.

وعند وجود أي من الأسباب التالية ذكرها يحول المريض إلى المستشفى للتأكد من عدم وجود سبب ثانوي لارتفاع ضغط الدم:

- **المريض تحت سن الأربعين ولديه ارتفاع ضغط دم مرتفع متوسط إلى شديد.**
- **ضغط الدم الشديد، الضغط الإنبساطي دائما أعلى من** ١٢٠ مليمتر زئبق.
- **ارتفاع ضغط الدم المقاوم للعلاج.**
- **ارتفاع ضغط دم شديد ومفاجئ.**
- **علامات أمراض أخرى مثل زلال في البول.**
- **نسبة البوتاسيوم أقل من** ٣,٣ mmol/ لتر.
- **وجود علامات مرض أو متلازمة كوشنج** (مثل سمنة أعلى الجسم والوجه الدائري المنتفخ).

تأثير ارتفاع ضغط الدم على الأوعية الدموية:

تتأثر الأوعية الدموية وخاصة الأوعية الدموية الشعرية (Capillaries) **بارتفاع ضغط الدم، فينتج عنها بعض التأثيرات المرضية منها:**

١- **تضيق الأوعية الدموية: يحدث تضيق في الأوعية الدموية الشعرية لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم، وخاصة في حالة الارتفاع الشديد، وهذا التضيق ليس مقصوراً على المصابين بارتفاع ضغط الدم، وإنما يلاحظ أيضاً في حالات احتشاء العضلة القلبية** (Myocardial Infarction) **وفي حالات تسمم الحمل** (Toxemia of Pregnancy).

٢- **أم الدم (Aneurysm): يحدث تلف في الأنسجة الرابطة في جدران الأوعية الدموية، مما يجعل هذه الجدران ضعيفة فيحصل فيها انتفاخات، تسمى أم الدم** (Aneurysm) **وهذه الانتفاخات تكون صغيرة إذا حدثت في الأوعية الدموية الصغيرة وتسمى في هذه الحالة** (أم الدم المجهرية)(Microaneurysm)

ويمكن رؤية هذه الانتفاخات بوضوح في ملتحمة العين (Conjunctiva) وفي طية الظفر (Nailfold) وفي الشفة السفلى.

٣- هشاشة الأوعية الشعرية (Capillary Fragility) : **تصبح الأوعية الشعرية الدموية دقيقة جداً وهشّة وتكون مقاومتها للضغوط الخارجية قليلة، وسرعان ما تنفجر هذه الأوعية بتأثير ضغط بسيط نسبياً مكونة بقع نزفية تحت الجلد.**

٤- تصلب الشرايين (Atherosclerosis): **تتعرض بطانة الشريان لضغوط كثيرة أهمها الضغوط الميكانيكية بسبب تدفق الدم فيها ويزداد الأذى لبطانة الشريان كلما ارتفع ضغط الدم، بالإضافة إلى وجود ضغوط أخرى يسببها التأثير الكيميائي الذي تسببه زيادة نسبة الكوليسترول في الدم.**

وتؤدي هذه الضغوط إلى فقدان قابلية خلايا الطبقة المبطنة للشريان للاتصال مع بعضها ومع الأنسجة الرابطة تحتها، فتنسلخ تاركة المنطقة التي تحتها وهي الطبقة الأساسي (Basal lamina) (المتكونة من أنسجة رابطة)، **وجهاً لوجه مع الدم وما فيه من مختلف المواد الكيميائية، مما يجعل الصفيحات الدموية (Platelets) تلتصق بهذه الطبقة، ثم تتكسر بعض هذه الصفيحات الدموية محررة عدة مواد كيميائية، منها مواد تؤدي إلى تحرك بعض الخلايا العضلية الملساء لتسد الفراغ الحاصل في البطانة وتأخذ بالانقسام مكونة شبكة من الأنسجة الرابطة، وهذه الشبكة لها القابلية على سحب الدهون من الدم لتتكدس بين أليافها، وخاصة إذا كانت نسبة الدهون مرتفعة في الدم (Hyperlipidemia) فتصبح بطانة الشريان الملساء خشنة متثخنة، وهذا ما يفسر حدوث تصلب الشرايين مع تقدم العمر كما يفسر حدوثه في وقت مبكر لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم.**

المضاعفات:

يجب معالجة ارتفاع ضغط الدم لتفادي الآثار السلبية وحالات الوفاة بسبب المضاعفات التي يسببها ارتفاع ضغط الدم وأهمها:

- الإصابة بعدم كفاءة الشرايين التاجية (Coronary Insufficiency): **يصابون بها بنسبة ثلاثة أضعاف أكثر من الأفراد الأصحاء.**

- الإصابة بعجز القلب (Heart Failure): **يصابون بها بنسبة أربعة أضعاف أكثر من الأفراد الأصحاء.**
- الإصابة بالسكتة الدماغية (جلطة المخ) (Stroke) : **تكون الإصابة بنسبة سبعة أضعاف أكثر من الأفراد الأصحاء.**
- الإصابة باعتلال شبكية العين (Retinopathy).

١- الاعتلال الدماغي (Hypertensive Encephalopathy):

يصاب الدماغ بعجز عن تنظيم جريان الدم عندما يرتفع ضغط الدم بصورة شديدة، فعندما يتجاوز الضغط الإنبساطي (١٣٠ ملم زئبق) **تظهر على المريض الأعراض التالية:**

- صداع شديد ودوار (Dizziness) .
- تشوش التفكير (Confusion) .
- يصاب المريض في الحالات الشديدة باختلاجات (Convulsions) (وهي نوبات مشابهة لنوبات الصرع) وقد يصاب بفقدان الوعي (Coma).

ويظهر فحص شبكية العين (Retina) **وجود بقع نزفية وكذلك وجود نضح** (Exudate) (هو سائل البلازما الذي يخرج من الأوعية الدموية بسبب زيادة ضغط الدم) **وتضيق الشرايين، وهذا كله قد يؤدي إلى العمى المؤقت.**

٢- النزف الدماغي:

قد يحدث انفجار في أحد شرايين المخ عند ارتفاع الضغط الانقباضي إلى (٢٠٠ - ٣٠٠) ملم **زئبق ويتجاوز الضغط الدموي الانبساطي** ١٣٠ ملم **زئبق، وذلك لضعف شرايين المخ لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم، مما ينتج عنه حدوث انتفاخات في جدران الشرايين** (أم الدم) (Aneurysm) **التي تنفجر أحياناً مسببة نزيفاً دموياً في الدماغ.**

وتعتمد أعراض النزيف الدموي على موقع هذا النزيف في الدماغ، فقد يسبب للمريض الشلل النصفي (Hemiparalysis) **أو قد يسبب فقدان القدرة على الكلام.**

٣- أم الدم السالخة (Dissecting Aneurysm):

وقد يؤدي ارتفاع ضغط الدم إلى حصول تمزق في بطانة الشريان الأبهر فيصبح هذا التمزق منفذاً لدخول الدم في جدار الشريان مما ينتج عنه انسلاخ بطانة الشريان، ويسبب هذا السلخ للمريض أعراضاً واضحة هي:

- **ألم شديد في الصدر.**
- **التعرق الغزير.**
- **شحوب الوجه.**
- **تسارع في التنفس.**

٤- ارتفاع ضغط الدم الخبيث (Malignant Hypertension):

يرتفع ضغط الدم الإنبساطي في هذه الحالة إلى أكثر من ١٣٠ مليمتر زئبق **وغالباً ما يكون ضغط الدم أكثر من** ٢٠٠ /١٤٠ ملم **زئبق.**

وتتميز هذه الحالة بحصول وذمة الحليمة البصرية (Papilledema) **وهي منطقة اتصال العصب البصري بشبكية العين، وقد يحصل اعتلال دماغي** (Ence Phalopathia) يصحبه ظهور أعراض هي:

- صداع شديد.
- تقيؤ.
- اضطراب الرؤية وأحياناً العمى المؤقت.
- حدوث اختلاجات (Convulsions) شبيهة بنوبات الصرع.

وتؤدي هذه الحالة إلى الإصابة بعجز القلب وربما إلى الإصابة بالعجز الكلوي (Renal Failure)**، كما تسبب نخر ليفي** (تآكل) (Fibrinoid Necrosis) **في جدران الشرايين الصغيرة والشعيرات الدموية.**

ويصيب ارتفاع ضغط الدم الخبيث الرجال أكثر من النساء، ومعدل العمر الذي يحدث فيه هو ٤٠ سنة، والمرضى المصابين بارتفاع الدم من المدخنين معرضون للإصابة بارتفاع ضغط الدم الخبيث أكثر بخمس مرات من المرضى غير المدخنين.

٥- عدم كفاءة الشرايين التاجية (Coronary Insufficiency):

يؤدي ارتفاع ضغط الدم إلى تصلب الشرايين، ويؤدي هذا التصلب إلى

تضيقها، حيث يؤدي ذلك إلى قلة الدم الذي يمر من خلالها ليزود عضلة القلب بالغذاء والأوكسجين، مما يؤدي إلى الإصابة بالذبحة الصدرية.

وفي حالات التضييق الشديد من الشرايين التاجية تصاب عضلة القلب بالنخر (Necrosis) بسبب قلة أو انعدام الأوكسجين والغذاء، أي أن جزءاً من القلب يموت وهو ما يعرف باحتشاء العضلة القلبية.

٦- عجز القلب (Heart Failure):

يشكل ارتفاع الضغط الإنبساطي إلى أكثر من ١٣٠ مليمتر زئبق عبئاً إضافياً على القلب، **حيث يبذل القلب جهداً إضافياً للقيام بضخ الدم بهذا الضغط العالي، مما يؤدي إلى تضخمه** (Hypertrophy)، **ويحتاج القلب المتضخم إلى كمية كبيرة من الغذاء والأوكسجين قد لا يحصل عليها، خاصة إذا كانت الشرايين التاجية متصلبة فيعجز القلب عن أداء وظائفه الكثيرة، فيشعر المريض عند ذلك بعسر التنفس عند قيامه بأقل مجهود** (Dypnea) **وبعسر التنفس عند الاستلقاء** (Orthopnea) **وتصاب الساقين بالوذمة** (الورم) (OEdema).

٧- العجز الكلوي (Renal Failure):

يؤدي تصلب الشرايين الناتج عن ارتفاع ضغط الدم إلى قلة تزويد الكليتين بالدم وهذا يؤدي إلى حصول نخر أو تآكل (Necrosis) في كبيبات الكلية (Glomerule) **بالإضافة إلى التأثيرات الأخرى، ويؤدي هذا التلف الكلوي إلى ارتفاع ضغط الدم مرة أخرى فيرتفع الضغط الدموي بصورة أكبر، وهذا بدوره يؤدي إلى المزيد من التلف الكلوي الحاصل في الكلية والذي ينتهي بالعجز الكلوي.**

العلاج:

يعالج ارتفاع ضغط الدم بعدة طرق أهمها:

أ- علاج غير دوائي: **تستعمل هذه الطريقة العلاجية لعلاج حالات الارتفاع البسيط في ضغط الدم** (Mild Hypertension) **والحالات الحدية** (Borderline على الحافة)، **بإتباع النصائح التالية وإذا لم تنفع تستخدم الأدوية المخفضة للضغط، وهذه النصائح لعموم المصابين بإرتفاع ضغط الدم.**

- إنقاص الوزن وتجنب الطعام الدسم والغني بالكولسترول.
- الإقلال من تناول ملح الطعام أو الاقتصاد على استعمال ٥ غرامات يومياً حيث يساعد ذلك في تخفيض ضغط الدم ولو بصورة قليلة.
- الإكثار من تناول الأطعمة الغنية بالألياف الطبيعية.
- الإكثار من تناول الفواكه والخضار لزيادة نسبة البوتاسيوم فيها الذي يساعد بدوره على انخفاض ضغط الدم والتقليل من تأثير الضغط على أعضاء الجسم مثل المخ.
- تجنب تعاطي الكحول.
- ممارسة الرياضة الحيهوائية (Aerobic exercise) الدورية المستمرة، ثلاث مرات أسبوعياً بواقع ٣٠ دقيقة للمرة الواحدة، مثل المشي والسباحة وركوب الدراجة ولا ينصح بالرياضة اللاتقصرية (Isometric) مثل تمارين الحديد.
- الامتناع عن التدخين لتحسين الصحة العامة والتقليل من حدة مضاعفات ضغط الدم على القلب والشرايين.
- تمارين الاسترخاء (Relaxation training) مثل التأمل (Meditation) وتمارين سلوكية (Behavioral training) مثل التلقيم الحيوي الراجع (Biofeedback).

ومن ثم متابعة ضغط الدم، ليستقر على ١٣٠/٩٠، أو كان الضغط الإنبساطي أقل من ٩٠، ويجب متابعة المريض دورياً لقياس ضغط الدم، وإذا لم يحرز الهدف بإتباع النصائح فقط فتستخدم حينذاك الأدوية الخافضة للضغط للعلاج.

ب- العلاج الدوائي:

تستعمل الأدوية المخفضة لإرتفاع ضغط الدم عندما يكون الضغط الانبساطي أكثر من ١٠٥ مليمتر زئبق، على أن يكون استعمالها بصورة منتظمة.

وتنحصر الأدوية الأكثر استعمالاً للعلاج في التصنيف التالي:

- مُثبطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين (**ACE Inhibitors**): وهو الأنزيم الذي يحول أنجيوتنسين١ إلى أنجيوتنسين٢ والذي يؤدي بدوره إلى تقلص

الشرايين مما يزيد من المقاومة الطرفية للدم، ومن ثم ارتفاع ضغط الدم، ويعمل هذا العقار على منع هذا التحول ومن ثم ينخفض ضغط الدم، مثل كابتوبريل (Captopril) الاسم التجاري (Capoten) إينابريل (Enalapril) الاسم التجاري (Renitec)، لايسينوبريل (Lisinopril) الاسم التجاري (Zestril).

- مضاد أنجيوتنسين ٢ (antagonists AngiotensinII): يعمل هذا العقار على سد مستقبلات الأنجيوتنسين على الأنسجة ومن ثم منعه من تقليص جدار الشرايين الطرفية التي إذا تقلصت ترفع ضغط الدم، مثل لوسارتان (Losartan) الاسم التجاري (Cozar).
- مُحصرات البيتا (Beta blockers): تعمل على سد مستقبلات البيتا على القلب مما يؤدي إلى خفض نبضات القلب ومن ثم نتاج القلب، وكذلك تقلل من إفراز الكلى للرينين (Renin) الذي يساعد في إنتاج الأنجيوتنسين ولهذه العقارات تأثير يخفف من حدة التوتر، مثل أتينالول (Atenolol) الاسم التجاري تينورمين (Tenormin).
- مضادات الكالسيوم (Calcium antagonists): تعمل على سد قنوات الكالسيوم للعضلات الناعمة في جدران الأوردة مما يؤدي إلى استرخاء جدرانها وبالتالي تقلل من المقاومة الطرفية للدم ومن ثم انخفاض ضغط الدم، مثل نيفدبين (Nifedipine) الاسم التجاري أدالات (Adalat)، دلتيازم (Diltiazem) الاسم التجاري دلزم (Dilzim)، أملوديبين (Amlodipine) الاسم التجاري نورفاسك (Norvasc).
- المدررات (Diuretics): تعمل على تقليل امتصاص الكلى للملح ومن ثم التخلص من السوائل في الجسم وتقليل نتاج القلب مما يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم، مثل هيدروكلوروثيازايد (Hydrochlorothiazide) الاسم التجاري إسيدركس (Esidrex)، فروزامايد (Frusemide) الاسم التجاري لازكس (Lasix)، موديوراتيك (Moduretic).

ويمكن البدء بأي دواء من النوعيات المذكورة أعلاه مبدئياً لوحده أولاً ثم التغيير حسب استجابة المريض، **على أن يقاس ضغط المريض بعد ثلاث إلى أربعة أسابيع من بدأ العلاج للتأكد من عدم وجود تأثيرات جانبية للدواء، ويستمر المريض على نفس العلاج إذا كان ضغط الدم مستقراً وإذا لم يكن كذلك تُزاد جرعة الدواء أو يضاف إليه دواءً آخر أو يُغير إذا كان له آثار جانبية لا يتحملها المريض.**

ومن المهم عدم إنزال ضغط الدم بحدة ولكن يصل به المعدل الطبيعي تدريجياً وبخاصة لكبار السن.

وفيما يلي خلطات الأدوية الأكثر فاعلية:

- **المدررات مع مُثبطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين.**
- **مضادات الكالسيوم مع مُثبطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين.**
- **مُحصرات البيتا مع مضادات الكالسيوم.**

التداخلات الدوائية:

تتداخل الأدوية المخفضة للضغط مع الأدوية الكثيرة الاستعمال، لذلك يجب الانتباه إلى ما يلي:

١- عدم إعطاء حبوب منع الحمل (Contraceptive Pills) للمرأة المصابة بارتفاع ضغط الدم، لأنها تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم بصورة أشد.

٢- تؤدي بعض الأدوية المستعملة في علاج أمراض المفاصل مثل دواء الأندوسيد (Indocid) والبروفين (Brufen) والستيرويد (Steriod) والفولتارين (Voltarin) إلى احتباس السوائل في الجسم (Fluid Reaension) فتقل بذلك فعالية الأدوية المخفضة للضغط، ومن المواد التي تؤدي أيضاً إلى احتباس السوائل في الجسم أيضاً هي (عرق السوس) (Liquoric).

٣- تقلل بعض الأدوية التي تستعمل في علاج الاضطرابات النفسية مثل دواء التربتيزول (Tryptizol) ودواء التوفرانيل (Tofranil) وغيرها، من مفعول الأدوية المخفضة للضغط.

٤- يؤدي دواء الأنجيسيد (Angised) المستعمل في علاج الذبحة الصدرية أحياناً إلى انخفاض شديد في ضغط الدم إذا استعمل مع سادات بيتا.

٥- تؤدي الأدوية التي تستعمل في علاج الأنفلونزا (بسبب احتوائها على مواد مضيقة للأوعية الدموية (Vasoconstrictor)) إلى ارتفاع ضغط الدم.

٦- يسبب التداخل الدوائي للمدررات (Diuretics) مع دواء الديجوكسين (Digoxin) المستعمل في علاج أمراض القلب، تسمم الجسم بالديجوكسين، وذلك بسبب انخفاض مستوى البوتاسيوم في الدم الذي تسببه المدررات .

وتستمر متابعة المريض دورياً لبضعة أشهر، وإذا كان الضغط مستقراً فإن المريض يراجع طبيبه كل ثلاث أو ستة أشهر إذا لم يكن هناك أي مشاكل صحية أو أعراض تدل على مضاعفات مثل الذبحة الصدرية فتكون الزيارة مفتوحة إذا أحس المريض بأي أعراض غير طبيعية قد تكون ناتجة عن تأثيرات الأدوية، وهناك فحوصات دورية تُعمل كل سنة وهي:

- **فحص البول للتأكد من عدم وجود زلال في البول** (بروتين).
- **فحص معدل السكر في الدم مع الدهون والكوليسترول مع وظائف الكلى.**
- **إجراء رسم للقلب للتأكد من عدم وجود مضاعفات على القلب.**
- **فحص قاع العين للتأكد من عدم وجود مضاعفات.**

ج- العلاج الجراحي:

في حالات نادرة يستعمل العلاج الجراحي في علاج ارتفاع ضغط الدم، فارتفاع ضغط الدم الكلوي (Renal Hypertension) **يعالج باستعمال الأدوية المخفضة للضغط، وقد يلجأ الأطباء إلى إجراء عملية الديلزة** (Dialysis) (الكلية الصناعية وهي عملية تصفية الدم خارج الجسم عبر جهاز خاص)، **إذا بقي ضغط الدم مرتفعاً رغم استعمال جرعات كبيرة من تلك الأدوية، وإذا فشلت هذه العملية فقد يضطر إلى إزالة إحدى الكليتين.**

أما في حالات التضيق في الشريان الكلوي فيمكن علاجها جراحياً أحياناً، وفي حالات ارتفاع ضغط الدم الهرموني (Endocrinal Hypertension) **والتي سببها**

ورم في الغدة الكظرية (Adrenal Gland) أو الغدة النخامية (Gland Pituitary) فيعالج ارتفاع ضغط الدم باستعمال الأدوية المخفضة للضغط، وفي أحيان قليلة تعالج جراحياً بإزالة الورم إن أمكن ذلك.

أرق Insomnias:

هو قلة النوم الكافي لحاجة الجسم ويتميز هذا الاضطراب بشكوى الشخص في صعوبة بدء النوم أو الاستمرار فيه، أو النهوض باكرا بغير المعتاد.

ويكون الأرق عادة مشكلة عارضة تنتج عن بعض الاضطرابات اليومية في حياة الإنسان ويمكن أن تحدث دون سبب واضح، ويحدث على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر، وتكفي شدته لينتج عنها شكوى من الإجهاد خلال ساعات النهار، أو ظهور بعض أعراض اضطراب مثل سرعة الاستثارة أو اختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار.

وفي حالات نادرة من الأرق قد لا توجد إعاقة ظاهرة في الوظيفة والعلاقات الاجتماعية، ولا يشخص الاضطراب إذا كان الأرق فقط خلال مسار اضطراب إيقاع اليقظة والنوم، أو ناشئاً عن اضطراب الأحداث المخلة بالنوم.

أنواع الأرق:

١- أرق يعزى إلى اضطراب نفسي آخر.
٢- أرق يعزى إلى سبب عضوي معروف.
٣- أرق أولي (Primary Insomnias).

إن الوقت الطبيعي الذي يستغرقه أي شخص للدخول في النوم يتفاوت بشكل كبير، فهناك تفاوتاً في كمية النوم الطبيعية اللازمة لأي شخص ليشعر بالراحة والتيقظ، ولكن معظم الناس يبدءون النوم خلال ثلاثين دقيقة من تهيئة الجو المناسب للنوم، ويستمر النوم عادة من أربع إلى عشر ساعات، ويصاحب اضطراب الأرق شكاوى متعددة وغير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز.

ويبدأ الأرق عند أي سن ولكنه يصبح متزايداً مع تقدم العمر، وخاصة الأرق الذي يرجع إلى سبب عضوي، بينما يعتمد الأرق الذي يعزى إلى اضطراب نفسي آخر

على الحالة، أما الأرق الأولي فهو متفاوت فقد يكون قصيراً وخاصة إذا كان سببه تعرض الشخص لظروف ضاغطة نفسية أو اجتماعية، أو قد يكون طويلاً ويستمر لعدة سنوات.

التشخيص الفارق:

يعتبر الأرق عرض شائع للعديد من الاضطرابات العقلية والجسمية ولكنه يوضع كتشخيص إضافي فقط عندما يكون اضطراب النوم شكوى بارزة:

١ – اضطراب إيقاع اليقظة والنوم: في هذه الحالة يختفي الأرق إذا سمح للشخص أن ينام تبعاً لنمط نومه ويقظته المعتادة.

٢ – اضطراب زيادة النوم: قد يوجد الأرق ولكن تكون الشكوى السائدة هي كثرة النوم كما في حالة النوم الانتيابي (Narcolepsy) حيث يعاني الشخص أساساً من كثرة النوم أثناء النهار برغم شكواه من فترات أرق ليلاً.

٣ – قد يشكو بعض الناس الذين يحتاجون لنوم قليل من الأرق، ولكن اضطراب الأرق يشخص فقط إذا سبب نقص النوم إجهاداً أو خللاً وظيفياً أثناء فترة اليقظة.

المضاعفات:

أهم مضاعفات اضطراب الأرق هو الإدمان الناتج عن تعاطي أدوية مهدئة أو منومة أو كحول من أجل الدخول في النوم.

١ - الأرق الذي يعزى إلى اضطراب نفسي آخر:

يحدث هذا النوع من الأرق نتيجة لاضطراب نفسي آخر كالقلق الاكتئاب أو، أو اضطراب الشخصية الوسواسية، كما يشخص هذا الاضطراب أيضاً عندما يكون الأرق ظاهرياً يرجع إلى تفاعل الشخص الانفعالي تجاه مرض عضوي يهدد حياته مثل (الاكتئاب كتفاعل لاحتشاء عضلة القلب (Cardiac Infraction)).

المسببات:

تشمل مسببات هذا النوع من الأرق:

١ – **القلق** (توتر أو عصاب أو كبداية ذهان).

٢- انقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس.

٣- اختلال إيقاع اليقظة والنوم.

العلاج:

يتم علاج هذا النوع من الأرق بمعالجة الاضطراب المسؤول عن حدوث الأرق.

٢- الأرق الذي يعزى إلى سبب عضوي معروف:

وهو الأرق الذي ينتج عن سبب عضوي معروف مثل مرض جسدي أو تعاطي أدوية منشطة، **ولا يشخص كذلك إذا كان اضطراب يعزى إلى تفاعل انفعالي مصاحب لمرض عضوي وليس راجعاً للحالة المرضية العضوية نفسها.**

وتسبب الكثير من الأمراض الجسمية الأرق مثل ألم المفاصل أو الذبحة الصدرية بسبب الألم الذي تحدثه، **إذ أن لهذه الأمراض أعراض تختلف عند كل من اليقظة والنوم.**

وهناك أمراض جسمية تحدث أعراضاً أثناء النوم فقط كانقطاع النفس أثناء النوم (Sleep Apnea)، **حيث يكون تنفس الشخص طبيعياً أثناء اليقظة ولكن خلال النوم كثيراً ما تحدث فترات توقف عن التنفس.**

كذلك يمكن أن يرتبط اضطراب الأرق بتعاطي الأدوية المنشطة مثل الأمفيتامين أو تعاطي الاسترويدات (Steroids) أو المقفلات الأدرينالية المركزية (Central Adrenergic Blockers) أو موسعات الشعب الهوائية كما قد يرتبط بإدمان الكحول.

٣- الأرق الأولي:

وهو الأرق الذي لا ينتج عن وجود سبب آخر (نفسي أو عضوي) حيث يجد الشخص صعوبة في الدخول إلى النوم، مما يسبب له زيادة التوتر ويختفي النوم، وقد يحدث الأرق الأولي كمضاعفات للأرق الذي له يكون له سبب نفسي آخر أو له سبب عضوي معروف، حيث يشخص بعد مرور شهر من زوال الأرق الذي رسبه أصلاً.

العلاج:

يتوقف علاج اضطراب الأرق على الحالة المسببة له، وقد يعزى إلى الضوضاء أو الضوء أو التهوية السيئة أو عدم النوم في مكان مريح أو لظروف أخرى.

ويمكن التخلص من الأرق في هذه الحالات بالتخلص من أسبابه كالحمام الساخن أو بسماع الموسيقى الهادئة أو التدليك والتدريب على الاسترخاء قبل النوم، **وينصح المصاب باضطراب الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم فقط، وقد يكون تغيير مكان النوم مفيداً، وكذلك يفيد العلاج النفسي في فهم أسباب الأرق والعمل على حلها.**

أما إعطاء الأدوية المهدئة أو المنومة من أجل الحصول على النوم فيحمل خطورة التعود والإدمان على هذه الأدوية **ومنها أدوية البينزوديازبين** (Benzodiazipine) **ولكن يجب استخدامها لفترة محدودة** (٢-٣ أيام) **وبالجرعة القليلة المؤثرة** (بإشراف الطبيب).

استخدام قطرات العين Eye drops using:

تعتبر قطرات العيون من الوسائل الرئيسية لعلاج الكثير من أمراض العيون المختلفة.

أنواع قطرات العيون:

- **مضادات ميكروبية.**
- **مضادات للحساسية.**
- **قطرات الكورتيزون.**
- **قطرات مرطبة.**
- **أخرى متعددة بتعدد أمراض العيون المختلفة.**

إرشادات حول استخدام قطرات العيون:

- **إتباع إرشادات الطبيب.**

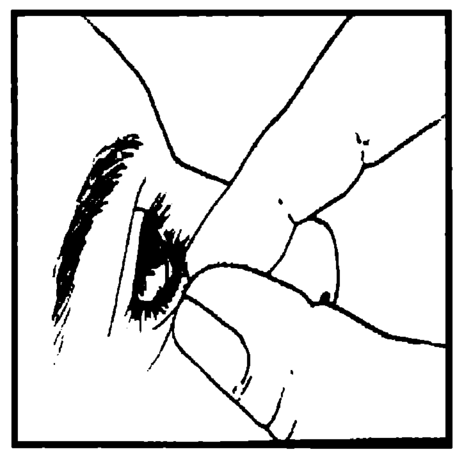
- يفضل أن يضع شخص آخر القطرات للمريض وخاصة الأطفال وكبار السن.
- الحرص على عدم ملامسة فتحة القطرة لعين المريض لتجنب جرح العين وتلوث القطرة.
- توضع قطرة واحدة على سطح العين أو الفراغ بين الجفن السفلي والعين (بعد سحب الجفن إلى الأسفل).
- لا ينصح بوضع أكثر من نقطة واحدة أو نقطتين في المرة الواحدة حيث أن أي زيادة تفيض إلى خارج العين دون فائدة.
- في حالة استخدام أكثر من نوع من القطرات ينصح بترك فاصل زمني (٥ دقائق) بين القطرات.
- ينصح بالضغط بالإصبع على الزاوية بين العين والأنف لمدة دقيقة أو أقل وذلك لمنع تسرب القطرة إلى الأنف عن طريق القنوات الدمعية ومن ثم زيادة مدة تأثيرها على العين.
- لا يشترط إغماض العين بعد وضع القطرات.
- يعود عدد مرات استخدام القطرة إلى إرشادات الطبيب حيث تختلف باختلاف الحالة المرضية ونوع الدواء.
- تحتاج بعض القطرات إلى رج قبل الاستخدام لزيادة فاعليتها.
- قد يصاحب استخدام أنواع من القطرات حرقة داخل العين لفترة بسيطة (وذلك بسبب المواد الحافظة فيها).
- تسبب بعض القطرات عند بعض الأشخاص حساسية وفي هذه الحالة يجب مراجعة الطبيب المعالج لاستبدال القطرات وتجنبها مستقبلاً.
- إن قطرات العيون عبارة عن دواء وقد تكون لها أعراضاً جانبية على الجسم ككل الأدوية وذلك عن طريق امتصاصها إلى الدم وخاصة عند الأشخاص المصابين بأمراض القلب أو الربو لذلك لا تستخدم دون إرشاد الطبيب.
- تكون القطرة صالحة للاستعمال خلال أسبوعين بعد فتحها.

كيفية استخدام قطرة العين:



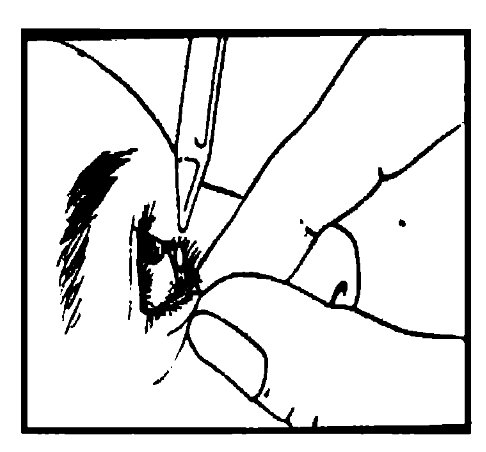
- ١ -

تنظيف العين من الداخل



- ٢ -

يشد الجفن السفلي ويطلب من المريض النظر للأعلى



- ٣ -

تمسك القطارة بعيدا عن العين بمقدار ٢سم وتقطر من ١ – ٢ قطرة في منتصف ملتحمة الجفن السفلي



- ٤ -

يضغط على الزاوية الداخلية للعين بالأصابع لمنع دخول القطرة الزائدة بمجرى الدمع

استخدامات الليزر في طب العيون (أشعة الليزر Laser....):

الليزر عبارة عن ضوء تتميز أشعته بالتجمع في بؤرة (نقطة) واحدة وبطاقة (حرارة) عالية، ويعطى العلاج كومضات قصيرة في زمن أقل من ثانية.

استخدامات الليزر في أمراض العيون:

يستخدم الليزر في علاج أمراض العيون التالية:

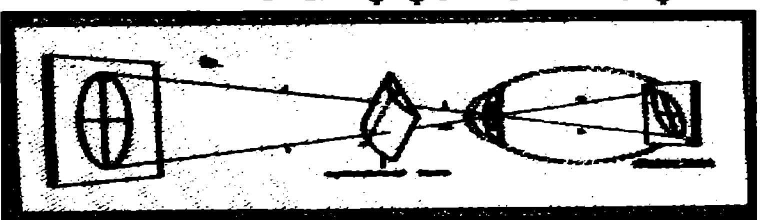
- اعتلال الشبكية السكري.
- ثقوب الشبكية .Retinal Tears
- الإنسداد أو التخثر في الوريد الشبكي (Central retinal Vein).
- علاج الماء الأزرق (ارتفاع ضغط العين) Glaucoma .
- علاج عيوب الإنكسار الضوئي في العين (طول أو قصر النظر واللابؤرية) Lasik.
- علاج إنسداد القنوات الدمعية.
- علاج بعض الأورام داخل العين .
- عمليات التجميل حول العين .
- حالات إندثار البقعة الصفراء (Macular Degeneration).

استكماتيزم (اللابؤرية Astigmatism):

هي حالة من سوء الانكسار الضوئي التي يحدث فيها عدم تمركز الأشعة المنعكسة من الأجسام في بؤرة (نقطة) محددة على شبكية العين.

المسببات:

عدم استواء سطح القرنية أو العدسة (وجود انحناءات والتواءات) مما ينتج عنه تنوع واختلاف في قوة الانكسار الضوئي في العين الواحدة.



أعراض المرض:

- عدم وضوح الرؤية للأجسام القريبة أو البعيدة معاً .
- تداخل صور الأجسام والخطوط .
- صداع .

علاج حالات قصر وبعد النظر واللابؤرة:

- استعمال النظارة الطبية (العدسة المناسبة) .
- استعمال العدسات اللاصقة.
- المعالجة بالليزر لتغيير معدل انكسار الضوء عبر القرنية (مثلا التشطيب Lasik) .
- الجراحة لتغيير معدل انكسار الضوء عبر القرنية أو العدسة (مثلا زراعة عدسة إضافية داخل العين).



رؤية طبيعية



قصر أو بعد نظر



مريض لا بؤرية

اسهال Diarrhea:

هو حالة تتصف بحركات الأحشاء المستمرة وغير المنتظمة، وتؤدي الى فقدان السوائل من الجسم، وعادة ما يكون الاسهال عرضاً لاضطراب معوي وليس مرضاً بعينه .

المسببات:

- **الالتهاب الناتج عن الغذاء أو الماء الملوث بالفيروسات أو البكتريا أو الطفيليات.**
- **التهاب القولون.**
- **سرطان الأمعاء.**
- **الاضطرابات النفسية كالحالات العصبية والخوف .**

أعراض المرض:

تكون الفضلات لينة ورخوة وقد تكون سائلة، ويمكن أن تحتوي على المخاط والقيح والدم، **وغالباً ما يرافق الاسهال الغثيان ونقص التحكم في حركة الأحشاء والتقلصات البطنية، واذا كان الاسهال شديداً فإنه يؤدي الى الجفاف وسوء التغذية، ونقص الفيتامينات وضعف الجهاز المناعي، ويؤدي فقدان السوائل الناجم عن الاسهال الى موت ملايين الأطفال سنوياً في أنحاء العالم .**

العلاج:

يتضمن العلاج بالدرجة الأولى تعويض الجسم ما فقده من السوائل والأملاح، **ويجب استشارة الطبيب فوراً اذا استمر الاسهال عدة أيام، أو عندما يصيب الأطفال الرضع أو الأطفال أو المسنين أو اذا كانت الاصابة حادة .**

اضطراب الدورة الشهرية:

هو قلة كمية الدم النازل خلال الدورة الشهرية أو أنها تكاد تكون مفقودة رغم استمرارها لمدة ثلاثة أو أربعة أيام، **وهذا قصور حقيقي ولكنه قصور غير مرضي دائماً، وتلعب الغدد الصماء دوراً مهماً في ظهور الدورة الشهرية، حيث يظهر دور الهرمونات وتأثيرها حتى في كمية الدم النازل من الرحم أثناء الحيض، فزمن الدورة الشهرية العادية** ٢٨يوماً، وهذا الزمن ينقسم إلى أربع فترات متتالية:

- **الفترة الأولى : تمتد من بداية نزول دم الحيض حتى اليوم الرابع عشر وهي الفترة (الحويصلية)، ويتم فيها طرح الغشاء المخاطي الذي يبطن الرحم .**
- **الفترة الثانية : تبدأ في اليوم الرابع عشر من الحيض وهي فترة التبويض، وقد يكون موعد حدوثها متغيراً.**
- **المرحلة الثالثة : يسيطر فيها النشاط الإفرازي للجسم الأصفر الذي يحل في المبيض بعد تفجر الحويصلة، ويبدأ بإفراز هرموناً جديداً هو هرمون البروجستيرون.**
- **المرحلة الرابعة : وهي فترة الحيض، وهي المرحلة التي يفقد فيها الجسم الأصفر شكله، ويعاني الرحم من تمدد أوعيته الدموية فيحدث نزف فيزيولوجي يدوم لعدة أيام.**

المسببات:

قد يحدث اضطراب الدورة الشهرية لأسباب عديدة حيث إن حجم الدورة الشهرية غير مرهون بعمل غير طبيعي للمبيض وحده ولكنه يشترك بتأثيرات متشابكة لإفرازات الغدد الصماء وهذه التأثيرات كثيرة، **بالإضافة إلى ما يمكن أن يحدث من اضطرابات في الإستقلاب والأيض الغذائي وفي مقدمتها إفرازات الغدة النخامية، التي تؤثر على المبيض فتجعل إفرازات المبيض نفسه مرتبطاً بها، إضافة إلى إنها مرتبطة بإفرازات المبيض كذلك، وأي اضطراب في عمل أي منهما يؤثر على نحو لا يتغير في كل منهما، مع الأخذ بنظر الاعتبار أن الغدة النخامية نفسها تتأثر في عملها بمركز عصبي دماغي مهم يقع في جوارها مباشرة، وهو تحت السرير البصري** (ايبوتا لاموس).

إن آلية الدورة الشهرية تتضمن عدة عوامل وأي اضطراب في هذه العوامل يؤدي إلى حدوث خلل في الدورة الشهرية.

وقد يكون قصور الدورة الشهرية وقلة دم الحيض في امرأة قليلة النزف وصحتها في الوقت نفسه جيدة، **وقد يطرأ هذا القصور أحياناً على نساء كن منتظمات الدورة الشهرية حتى ذلك الوقت.**

ولتغير الجو والمحيط تأثير كبير في تغيير حجم الدورة الشهرية وميكانيكية الإفرازات الغددية، **وكذلك تعرض المرأة إلى الصدمات والاضطرابات النفسية والتعب المفرط والحزن الشديد لها تأثيرات في انتظام الدورة الشهرية أو اضطرابها.**

كما أن نقص التغذية أو الإفراط بها يلعب دوراً مهماً في تأخير مواقيت الدورة الشهرية، **إذ أن فقدان بعض الوزن نتيجة لإتباع نظام للريجيم مثله مثل السمنة فكلاهما يمكن أن يؤديا إلى اضطراب الدورة الشهرية .**

ويتطلب تشخيص هذا الاضطراب إجراء الفحوصات المختبرية للكشف عما إذا كان هناك أي اضطراب في الوظيفة التناسلية أم لا.

اضطراب حركة القولون:

تصيب هذه الحالة عدد كبير من الناس وأغلب أعراض هذا الاضطراب ناتج عن عدم انتظام حركة القولون، فعند انقباض القولون بشدة يتسبب عنه احتباس الغازات في القسم العلوي منه فيشعر المريض بآلام حادة، أما إذا كانت الحركة شديدة فإن ذلك يسبب الإسهال.

المسببات:

إن الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى اضطرابات حركة القولون غير معروفة حتى الآن، ولكن هناك عوامل تساعد في الإصابة بهذا الاضطراب وهي:

- **تعرض الشخص للتوتر والقلق بشكل شديد ومستمر بالإضافة إلى تعرضه للغضب والاضطرابات النفسية.**
- **التغيير الشديد المفاجئ في نظام ونوعية الطعام.**
- **تناول الأطعمة التي تفتقر إلى الألياف الطبيعية.**
- **يصاب بعض المرضى باضطرابات في حركة القولون بعد إصابتهم بأنواع الديزانتري وهذا النوع يزول سريعاً.**

أعراض المرض:

١- الشعور بالآم منتشرة في البطن يكون أشدها في الجهة اليسرى من البطن وتحدث بعد تناول الطعام مباشرة وبعد التوتر والغضب، وقد تحدث أحياناً دون

وجود سبب واضح، وتزول هذه الآلام ويشعر المريض بالراحة بعد خروج الفضلات من الجسم.

٢- عدم انتظام أوقات التبرز فقد يشكو بعض المرضى من الإسهال وبعضهم يشكو من الإمساك يتبعه الإسهال، ويكون الغائط مصحوباً بكميات متفاوتة من المخاط ولكن يجب الإسراع بمقابلة الطبيب في حالة خروج الدم مع الغائط لإجراء الفحوصات اللازمة.

٣- الشعور بانتفاخ البطن بعد تناول الشخص للطعام مباشرة، ويستمر لفترة طويلة، ويكون مصحوباً بخروج الغازات، ويسبب هذا الانتفاخ ألماً في أماكن مختلفة من البطن، فعندما ينتفخ الجزء الأيسر من البطن مثلاً فانه يضغط على الحجاب الحاجز مسبباً ألماً للمريض في منطقة القلب فيتوهم المريض بأنه مصاب بمرض في القلب.

٤- الإحساس بالصداع وألم في الظهر وحرارة في البول.

التشخيص:

يشخص المرض بعد أن يقوم الطبيب بالفحوصات التالية:

١- إجراء الفحص السريري للمريض.

٢- إجراء الفحوصات المختبرية لفحص الغائط والبول والدم.

٣- إجراء تصوير للقولون بواسطة الأشعة السينية.

٤- عمل فحص بالناظور للقولون)تنظير القولون .((Colonoscopy)).

العلاج:

يتم علاج هذه الحالة بتنظيم الغذاء من خلال:

- تناول المريض للأطعمة الغنية بالألياف الطبيعية الموجودة فيه.
- يجب أن يكون غذاء المريض طبيعياً قدر الإمكان وحاوياً على المواد الأساسية المغذية والضرورية لبناء الجسم.
- يجب على المريض أن يتجنب تناول الأطعمة المخرشة للقولون الحاوية على البهارات والفلفل الحار لأنها تسبب تهيجاً حاداً للقولون.
- يجب على هؤلاء المرضى أن يتناولوا وجبات الطعام بانتظام وفي جو هادئ بعيداً عن التوترات النفسية.

اضطرابات القلب:

تشمل هذه الاضطرابات الحالات التالية:

١- المرض الصمامي :

المسببات:

- **ضيق الصمام مما ينتج عنه قلة تدفق الدم عبر الصمام والقصور في بعض وظائف الصمامات.**
- **الحمى الروماتيزمية التي تؤدي الى التهاب خلايا الصمام خاصة الصمام التاجي مسببا رجوع الدم عبر الصمام، وعندما يعالج الالتهاب ويزول تظهر ندبات على الصمام مسببة ضيق الشرايين ورجوع الدم معاً.**

أعراض المرض:

- **ضيق التنفس.**
- **التعب.**
- **السعال المتواصل.**
- **ألم في الصدر في بعض الاحيان.**

التشخيص:

يستطيع الاطباء تشخيص المرض الصمامي بتحديد لغط القلب الذي ينتج من جريان الدم غير المنتظم، **حيث يؤدي ابطاء جريان الدم أو رجوعه في صمام ضيق الى الجريان غير المنتظم، واذا زاد ضيق الصمام فإن ذلك يسبب هبوط القلب الاحتقاني وفي هذه الحالة لا يستطيع القلب ضخ كمية كافية من الدم.**

العلاج:

يعالج الاطباء هذا الهبوط بطرق مختلفة منها:

- **الراحة التامة للمريض ولفترات طويلة.**
- **معالجة السمنة إن وجدت.**

وقد يصف الاطباء دواء القمعية أو أدوية أخرى لتحسين قدرة القلب على الضخ، **وإذا فشلت كل طرق العلاج فإنهم يلجأون الى إجراء العملية الجراحية لإصلاح**

أو استبدال الصمام التاجي المصاب بصمام شرياني كما يستخدم الجراحون عدة صمامات صناعية .

٢- اللانظمية (نظم القلب غير الطبيعي) :

ويقصد به عدم انتظام دقات القلب وقد يكون غير مؤلم أو غير مؤثر وقد تؤدي اللانظمية الى الموت، **كما تسمى اللانظمية بطء القلب اذا كانت أقل من** ٦٠دقة **في الدقيقة وتسمى تسرع القلب اذا كانت أكثر من** ١٠٠دقة **في الدقيقة.**

وقد ينتج بطء القلب عن استعمال أدوية تهديء ناظمة القلب الطبيعية ويسمى إحصار القلب، وإذا لم يمكن علاجه بأي طريقة فإن الاطباء يدخلون ناظمة صناعية إلكترونية (وهو جهاز يعمل بالبطارية ويرسل اشارات كهربائية للقلب) **قريباً من القلب.**

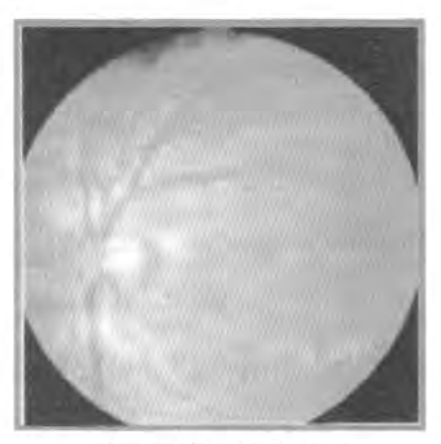
أما تسرع القلب فيحدث عندما يكون هناك مرض يجعل البطين أو الأذين يرسل اشارات كهربائية سريعة، **ويمكن علاج تسرع القلب الأذيني نسبياً، أما تسرع القلب البطيني فقد يؤدي الى رجفان وتؤدي الانقباضات غير المنتظمة فيه الى الموت المفاجي، وهناك عدة أدوية تقلل من تسرع القلب وإذا فشلت الأدوية في العمل على البطين فيعالج بإدخال جهاز مشابه لناظمة القلب للتغلب على الرجفان، ويسمى الجهاز مزيل الرجفان وله قطب كهربائي يوضع على جانب القلب .**

اعتلال الشبكية السكري Diabetic Retinopathy:

يؤثر إرتفاع معدل السكر في الدم على الشعيرات الدموية الموجودة في كافة أعضاء الجسم وخاصة تلك الموجودة في شبكية العين.

ويزداد معدل الإصابة بمرض الشبكية السكري مع طول فترة المرض حيث يبلغ معدل الإصابة تقريباً ٨٠% **بعد مرور** ١٥ عاماً **من الإصابة بمرض السكري.**

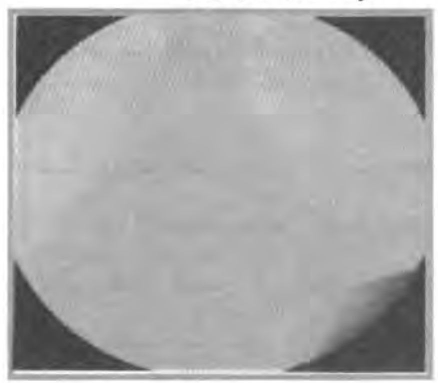
وتؤدي الإصابة بمرض الشبكية السكري إلى فقدان البصر في حوالي ٣٥% **من المصابين خلال** ٥ سنوات **من إعتلال الشبكية، خاصة مع عدم الإهتمام بتنظيم مستوى السكر في الدم.**



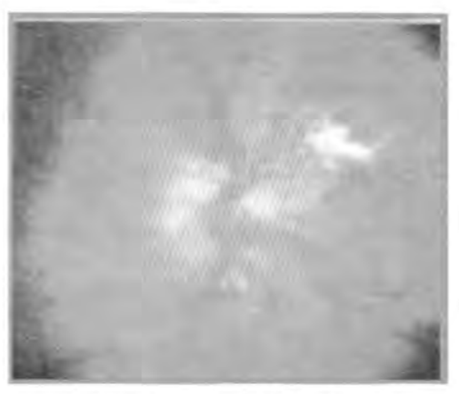
صورة لشبكية طبيعية

مراحل إعتلال الشبكية السكري:

- إنسداد الشعيرات الدموية مؤدياً إلى نقص التغذية الدموية والأوكسجين اللذان يصلان إلى الشبكية .
- تورم الشبكية وظهور تجمعات دموية وزلالية .
- تكاثر شعيرات دموية جديدة ضعيفة الجدار سهلة النزف .
- تكرار حدوث النزف داخل الشبكية والجسم الزجاجي للعين.
- تليف الشبكية والجسم الزجاجي .
- إنفصال الشبكية .



نزيف في الجسم الزجاجي للعين



شعيرات دموية جديدة



مرض الشبكية السكري، البقع البيضاء عبارة عن زلال الحمراء نزيف

أعراض المرض:

تظهر أعراض المرض عادة في المراحل المتأخرة من الإصابة أما المراحل الأولى فتكون بدون أعراض في الغالبية العظمى من المصابين وتشمل هذه الأعراض:

- **ضعف النظر** (المفاجئ أو التدريجي).
- **ظهور** (مشاهدة) **أجسام متحركة في مجال البصر.**
- **مشاهدة وميض مفاجئ .**
- **ظهور عتمة في مجال البصر .**
- **ألم بداخل العين .**
- **عوامل تزيد من شدة إعتلال الشبكية السكري**
- **إرتفاع ضغط الدم .**
- **التدخين .**
- **إرتفاع الدهون في الجسم .**
- **الحمل .**

ويجب على مريض السكري مراجعة طبيب العيون عند بداية التشخيص وبشكل دوري حتى وإن لم يكن هناك أعراض وذلك لتجنب إصابة الشبكية وفقدان البصر .

علاج إعتلال الشبكية السكري :

يهدف علاج هذه الحالة إلى وقف التطور في الإصابة والمحافظة على ما تبقى من الإبصار، لذلك كانت أهمية دور العناية بمستوى السكر في الدم لتجنب الإصابة والتطور في إعتلال الشبكية، ويتم العلاج بإحدى الطرق التالية:

١- العلاج بالليزر: ويهدف إلى:

- **السيطرة على زيادة الشعيرات الدموية غير الطبيعية .**
- **إزالة الترشيح والتورم في الشبكية وخصوصاً في مركز الإبصار .**

٢- العلاج بالتبريد : يستخدم بدلاً من الليزر في حال تعذر إستخدام الليزر ويؤدي نفس أهداف العلاج بالليزر.

٣- العلاج الجراحي: لإزالة النزيف المزمن في الجسم الزجاجي للعين وإنفصال الشبكية .

وتبقى الوقاية من الإصابة بإعتلال الشبكية السكري من خلال المحافظة على نسبة طبيعية للسكر في الدم خير من العلاج وإن كان باتباع الوسائل العلاجية الحديثة.



آثار العلاج بالليزر (بقع بيضاء مستديرة)

اكتئاب Depression:

هو اعتلال عقلي خطير، **يعاني الشخص فيه فترات طويلة من الحزن والمشاعر السلبية الاخرى، وفقدان الحماس وعدم الاكتراث بأي نشاط .**

أعراض المرض:

يشعر المريض بالاكتئاب بالقلق أو الإثم أو العجز والرغبة بالبكاء، **ويفقد العديد منهم حماسه واهتمامه بالعمل والحياة الاجتماعية وتنطوي حالات متعددة من الاكتئاب ايضاً على آلام أو إعياء أو فقدان للشهية أو أعراض جسدية أخرى ويحاول بعض المرضى المكتئبين الحاق الاذى بأنفسهم أو حتى قتل أنفسهم بمحاولات الانتحار .**

أنواع الاكتئاب :

١- اكتئاب عصابي (ديسثيميا)(Dysthymia) :

هو اضطراب وجداني مزمن يتضمن اكتئاب في أغلب فترات اليوم وفي معظم الأيام ويستمر لمدة سنتين على الأقل في البالغين، وسنة على الأقل في الأطفال والمراهقين، وتظهر مع هذا الاضطراب أعراض مصاحبة مثل:

- **اضطراب الشهية.**
- **اضطراب النوم.**
- **نقص الطاقة والشعور بالإجهاد.**
- **فقدان الاعتداد بالذات.**
- **صعوبة التركيز.**
- **صعوبة اتخاذ القرارات.**
- **الشعور بالعجز.**

وكثيراً ما يكون السبب الظاهري للاكتئاب العصابي هو اضطراب نفسي غير وجداني، أو قد يكون اضطراب جسمي، **وتسمى هذه الحالات بالنوع الثانوي أما تلك التي لا تعود إلى اضطراب آخر فتسمى النوع الأولي.**

وتكون بداية الاكتئاب العصابي غير واضحة فقد تبدأ قبل سن الحادية والعشرين،

وتسمى البداية المبكرة، أوقد تبدأ أحياناً عند هذه السن أو بعدها وتسمى البداية المتأخرة، ويتخذ هذا الاضطراب مساراً مزمناً وغالباً ما يطرأ على المصابين به نوبات الاكتئاب العظمى، ويطلق عليه في هذه الحالة الاكتئاب المضاعف (Double Depression)، وفي هذه الحالة يبحث المصاب به عن العلاج، و الطبيب المعالج لهذه الحالة يضع التشخيصين لأن الاكتئاب العصابي سوف يبقى بعد تحسن نوبة الاكتئاب العظمى.

وهذا الاضطراب يسبب للمريض إعاقة طفيفة لأنه مزمن، وفي حالات نادرة يحتاج فيها إلى دخول المستشفى، ولأن هذا الاضطراب مزمناً فإن أخطر مضاعفاته هو الإدمان بسبب تعاطي المريض للكحول والأدوية والمنشطات في محاولة منه لعلاج نفسه.

٢- اكتئاب وجداني (نوبة اكتئاب عظمى) (Major Depressive Episode):

تتمثل أهم الملامح في الاكتئاب الوجداني في الحزن المقيم أو اليأس وفقدان الحماس وعدم الاكتراث بأي نشاط، ويفقد الشخص اهتمامه بالأنشطة التي كان يمارسها في السابق.

أعراض المرض:

هناك أعراض أساسية تميز نوبات الاكتئاب العظمى بالإضافة إلى ظهور أعراض مصاحبة وتكون ثابتة في أغلب ساعات اليوم، تدوم لمدة أسبوعين على الأقل، وتمثل هذه الأعراض تغيراً في الأداء الوظيفي للشخص عن أدائه السابق، وتشمل الأعراض الأساسية ما يأتي:

١- اضطراب الشهية للطعام وتغير الوزن : غالباً ما يكون بفقدان الشهية ولكنها تزداد أحياناً بدرجة واضحة، ويصاحب هذا الاضطراب نقص أو زيادة في الوزن .

٢- اضطرابات النوم : غالباً ما يصاب بالأرق وأحياناً بزيادة النوم، وقد يشمل الأرق صعوبة الدخول في النوم أو أرق يتخلل النوم، أما زيادة النوم فتكون بنوم المريض أكثر من المعتاد أو النوم المتنقل.

٣- **الفوران الداخلي : وهو إما بزيادة النشاط الحركي (Agitation)الذي يأخذ شكل عدم القدرة على الاستقرار في مكان واحد أو الطرق باليد أو شد الشعر أو حك الجلد، أو بنقص النشاط الحركي (Retardation)** (التبلد الحركي) **الذي يأخذ شكل البطء في حركة الجسم، وبطء الكلام وتتخلله فترات من الصمت قبل الإجابة على الأسئلة، ويكون الكلام بصوت خافت وعلى نغمة واحدة ومختصراً جداً أو البكم.**

٤- **خمول الطاقة والشعور بالإجهاد : تقل حركة المصاب دون بذل مجهود جسمي وتبدو أصغر المهام أمامه في صعوبة المستحيل.**

٥- **فقدان الاعتداد بالذات والشعور بالذنب دون وجود سبب : يرافقه صعوبة التفكير وانخفاض مستوى التركيز، وهذا الإحساس يتفاوت من مشاعر العجز إلى التقييم السالب للنفس مع الشعور بالذنب الذي قد يصل أحياناً إلى درجة الضلال.**

٦- **التفكير في الموت والانتحار : حيث يتركز تفكير المصاب بالموت ويفضله على الحياة، وتتولد لديه أفكاراً انتحارية أو خطة انتحارية وقد ينفذها أحياناً محاولاً الانتحار.**

كما تظهر أعراض مصاحبة وتشمل :البكاء، القلق، سرعة الاستثارة، اجترارات وسواسية، انشغال المريض بصحته الجسمية، نوبات هلع ورهابات.

وتظهر أحياناً أعراض ذهانية (ضلالات أو هلاوس) يكون محتواها عادة واضحاً ومتناسقاً مع حالة الوجدان، **ويكون محتوى الشائع من هذه الضلالات هو أن الشخص مضطهد بسبب سوء أخلاقه أو عجزه الشخصي، وقد توجد ضلالات العدمية للعالم أو للشخص، وقد تكون ضلالات جسمية** (كالتوهم بأنه مصاب بمرض السرطان أو بمرض خطير آخر)، **وقد تكون ضلالات الفقر، وإذا وجدت الهلاوس فإنها تكون عابرة وقد تحوي أصواتاً تلومه، ونادراً ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متناسق مع حالة الوجدان.**

أنواع نوبة الاكتئاب العظمى:

١- **نوبة خفيفة : تكون الأعراض طفيفة وينتج عنها إعاقة وظيفية غير ملحوظة أو قصور طفيف في العلاقات الاجتماعية.**

٢- **نوبة متوسطة : تكون الأعراض والإعاقة متوسطة الشدة.**

٣- **نوبة شديدة بدون أعراض ذهانية : تكون الأعراض شديدة وينتج عنها قصور واضح في العلاقات الوظيفية والاجتماعية.**

٤- **نوبة شديدة مع أعراض ذهانية :** ضلالات أو هلاوس وهي إما :

- **متناسقة مع حالة الوجدان (Mood-Congruent) يكون محتواها الشعور بالذنب أو الرغبة في الموت، أو العدمية.**
- **غير متناسقة مع حالة الوجدان (Mood-Incongruent) لا تتضمن محتوىً إكتئابياً ولكنها تكون اضطهادية أو وضع أفكار في رأسه لا تعبر عن رأيه.**

٥- **نوبة في حالة هدأة جزئية أو كاملة.**

٦- **نوبة غير نوعية.**

٧- **نوبة مزمنة : إذا بقيت النوبة لمدة عامين متواصلين.**

٨- **نوبة النوع الميلانخولي : (Melancholic)** ويتحدد هذا النوع بخمسة أعراض على الأقل مما يلي:

- **يكون الاكتئاب في أشد حالاته في الصباح الباكر.**
- **عدم الاكتراث أو الاستمتاع بأي نشاط تقريباً.**
- **التبلد الحركي أو الفوران الداخلي** (Agitation).
- **عدم التفاعل مع المثيرات الباعثة على السعادة.**
- **يصيبه الأرق في الصباح الباكر.**
- **فقدان الشهية المرضي أو فقدان الوزن لأكثر من (٥%) من وزن الجسم في مدة شهر.**
- **تحسن ملحوظ لأنواع معينة من العلاجات** (أدوية مضادة للاكتئاب أو الصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات).

ويمكن أن يصيب هذا الاضطراب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر بما في ذلك مرحلة الطفولة المبكرة والرضاعة، **ولكنه غالباً ما يبدأ في أواخر العشرينات، وتتفاوت بداية الإصابة من فجائية إلى تدريجية** (حيث تكتمل الأعراض على مدى أيام أو أسابيع).

ويحدث هذا الاضطراب على شكل نوبات متكررة تدوم كل واحدة منها من بضعة أشهر إلى بضع سنوات، وبين كل نوبتين يعيش المريض حياة عادية، وتتفاوت مدة الاكتئاب العظمى فالنوبة التي لا تعالج تبقى لمدة ستة أشهر أو أكثر، ويشفى المريض ويتحسن بشكل كامل ويعود لسابق أدائه الوظيفي والاجتماعي، ومع هذا فقد يتخذ مسار نوبة الاكتئاب في نحو (٢٠%) من الحالات مساراً مزمناً لا تختفي أعراضه وخاصة إذا لم يتاح العلاج الملائم وتسمى النوع المزمن.

ويعتبر الانتحار أحد النتائج الفاجعة على وجه الخصوص والمترتبة على الاضطراب الاكتئابي حيث ينهي نحو (١٥%- ٢٠%) من مرضى الاكتئاب حياتهم بالانتحار.

المسببات:

لا يعرف الاطباء النفسانيون أسباب الاكتئاب بشكل واضح حتى الآن رغم الدراسات العديدة التي أجريت لكشفها والتي تناولت النواحي البيولوجية والاجتماعية والنفسية والتي لوحظ أن الوجدان يتأثر بها .

أ - العوامل البيولوجية :وتشمل:

١- الجينات الوراثية : كشفت الدراسات عن أدلة تشير إلى وجود عامل جيني له دور هام في نقل الاضطرابات الوجدانية، فقد لوحظ أن الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية ينتشران في عائلات معينة، بنسبة تتراوح ما بين (١٠- ٢٠%) من أقارب الدرجة الأولى يعانون من الاضطراب ثنائي القطبية، ونسبة (٥٠%) من مرضى الاضطراب ثنائي القطبية يكون أحد الوالدين مصاباً باضطراب الوجدان .وتؤكد هذه المعطيات أهمية الأصول الجينية في حدوث الاضطرابات الوجدانية، وقد افترض بأنه جين جسدي أحادي سائد (Single autosomal dominant) أو أنه متعدد الأساس الجيني، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي (X-Linked) بسبب شيوع هذه الاضطرابات بين النساء أكثر من الرجال.

٢- الأمينات الحيوية : لوحظ أن هناك علاقة سببية بين الأمينات الحيوية في الدماغ وبين الاضطرابات الوجدانية، وذلك من خلال:

- يسبب نقص الأمينات الحيوية حدوث مرض الاكتئاب، كما في حالة تعاطي دواء الرزربين.
- وجود اختلال في مخلفات أيض الأمينات الحيوية في الدم والبول والسائل النخاعي الشوكي (C.S.F) لمرضى اضطراب الوجدان.
- نقص ناتج أيض النورأدرينالين لدى مرضى.
- نقص تركيز ناتج السيروتونين (HIAA٥) في دماغ المكتئبين الذين انتحروا.
- وجود دور لبعض الناقلات العصبية من الأحماض الأمينية خاصة الجابا (GABA)، والببتيدات النشطة عصبياً خاصة المورفينات الداخلية، في بعض الاضطرابات الوجدانية.
- وجود علاقة بين تعاطي أقراص منع الحمل والاكتئاب.

٣- اختلال النشاط الهرموني : أشارت بعض الدراسات إلى وجود اختلالات هرمونية في مرضى اضطراب الوجدان من خلال ما يأتي:

- زيادة في إفراز الكورتيزون .
- اكتئاب الدورة الشهرية وما قبلها حيث لوحظ توقف الدورة الشهرية في حالات اضطراب الوجدان الشديدة.
- قد تصاحب نوبات الهوس أو الاكتئاب مرض كوشنج (Caushing's Disease) أو تعاطي الكورتيزون.

٤- اختلال الأملاح (Electrolytes) حيث لوحظ زيادة الصوديوم المتبقي (Residual) في حالات الاكتئاب.

ب - العوامل الاجتماعية والبيئية فقد لوحظ أن الاضطرابات الوجدانية تتأثر كثيراً بالبيئة الاجتماعية للفرد.

ج - العوامل النفسية لوحظ أن هناك عوامل نفسية تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية منها عدم النضج الانفعالي للشخص، ثنائية المشاعر، الشعور بالعجز المتعلم، الفهم الخاطئ للخبرات الحياتية، عدم الاعتداد بالذات وتقويم النفس السالب، التشاؤم واليأس.

العلاج :

يجب أن يضع الطبيب في اعتباره خطورة حالة المريض فقد يستلزم إدخال المريض إلى المستشفى في حالات النوبات الشديدة، لأنه يشكل خطراً على نفسه بسبب ميوله الانتحارية ويبقى تحت المراقبة المستمرة، أما في الحالات الأخرى فتتمثل أهداف العلاج في تخفيف الأعراض والوقاية من الانتكاسات وزوال الأعراض تماماً، ويتألف العلاج من:

١- **العلاج الكيميائي والفيزيائي:**

- **إعطاء المريض الأدوية المضادة للذهان** (مثل مجموعة الفينوثيازين) **أو** (البيتيروفينون)، **أو العلاج بالصدمات الكهربائية** .(E.C.T).
- **العلاج بأملاح الليثيوم فقد ثبتت فعاليتها في علاج حالات الهوس.**

ويجب أن يستمر العلاج بالأدوية المضادة للذهان لمدة أسبوع مع أملاح **الليثيوم** (وذلك لأن الليثيوم لا يؤثر في الجهاز العصبي قبل خمسة أيام من تعاطيه).

علاج الاكتئاب:

- العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب : تعتبر الأدوية المضادة للاكتئاب ناجحة في معالجة جميع أشكال نوبات الاكتئاب، وتشمل الأدوية المضادة للاكتئاب أربعة مجاميع هي منشطات الجهاز العصبي، والمركبات ثلاثية الحلقات (ADTs)، ومثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، بالإضافة إلى الأدوية المضادة للاكتئاب الحديثة.

ويعتمد اختيار الدواء المناسب على الاستجابة السابقة للمريض أو على نوع الاكتئاب كيميائياً، فإذا كان الاكتئاب أدرينالي (Adrenergic) (يتميز بزيادة النشاط والحركة وعدم الاستقرار وزيادة مخلفات أيض النورأدرينالين (٣- ميثوكس ٤- هيدوكس فينيل غليكول (M.Hp.G) في البول) **فيوصف له دواء الأميتريبتيلين** (Amitriptyline)، **أما إذا كان الاكتئاب سيروتوني** (Serotonergic) (يتميز بالكسل والبلادة وكثرة النوم وزيادة مخلفات أيض السيروتونين (٥- هيدروكس اندول حامض الاسيتيك (H.IA.A٥) في البول) **فيوصف له دواء الأميبرامين** .(Imipramine)

ويتطلب علاج المرحلة الشديدة من الاكتئاب فترة تتراوح من (٨-٦)أسابيع من العلاج الكيميائي (الدوائي)، **ويتم فيها فحص المريض مرة كل أسبوع أو أسبوعين في المراحل الأولية، لرصد الأعراض ومتابعة الآثار الجانبية للأدوية والقيام بتعديل الجرعات حسب حاجة المريض بالإضافة إلى تقديم الدعم والإسناد له.**

- العلاج بالصدمات الكهربائية (E.C.T): **يستعمل بشكل خاص في حالات الاكتئاب الشديد وحالات الاضطراب الاكتئابي المصاحب بميول انتحارية، وتستخدم الصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات بالإضافة إلى الأدوية المضادة للاكتئاب.**

٢- العلاج النفسي:

وهو من الوسائل المهمة في علاج حالات الاكتئاب، فهناك عدة أشكال من العلاج النفسي القصير المدة تضاهي في كفاءتها فعالية الأدوية تستعمل في حالات الاكتئاب الخفيفة والمتوسطة، وتشمل هذه العلاجات:

- **العلاج السلوكي المعرفي.**
- **العلاج النفسي القائم على المقابلات الشخصية.**

وتركز على التعاون النشط وتثقيف المرضى، وتفريغ الشحنة الانفعالية العدوانية المتوجهة نحو الذات، **ويجب أن تلي مرحلة العلاج الكيميائي أو العلاج النفسي في المرحلة الشديدة من الاضطراب مرحلة تكون مدتها ستة اشهر على الأقل من العلاج المستمر يتم خلالها فحص المريض مرة أو مرتين شهرياً، للحيلولة دون حدوث انتكاس للمريض.**

٣- العلاج الاجتماعي :

يهدف إلى مساعدة المريض اجتماعياً وحل مشاكله الاجتماعية وإحداث التغييرات البيئية المناسبة من أجل التقليل من معاناته.

اكزيما Eczema:

هي التهاب جلدي تحسسي ذات سير مزمن كثير النكس غير معدي ويمكن التعايش معها والتخفيف من مضاعفاتها، **وهي من أكثر أمراض الجلد انتشاراً إذ تؤلف**

نسبة الإصابة بها حوالي ١٥% من مجموع المرضى الجلديين وهي تصيب الصغار والكبار على حد سواء، وهي كثيرة الأنواع ويختلف تأثيرها من حالة الى أخرى وغالباً ما يصعب تحديدها بشكل مؤكد وقد يتضح أحياناً بالممارسة اليومية أن الطفل يتحسس لبعض هذه المثيرات إما بتناولها عن طريق الفم أو التعرض لها بالملامسة المباشرة أو بالاستنشاق .

المسببات:

لا تزال الأسباب المرضية للأكزيما غير معروفة إلى اليوم وإن كانت هناك مجموعة من العوامل المسببة والواضحة الأثر في سير الأكزيما، وأهم هذه العوامل هي:

١- الاضطرابات العصبية النفسية : وتعتبر في مقدمة العوامل ذات التأثير البين على ظهور وشدة الإصابة وعلى نكسها وعنادها أحياناً.

٢- العامل التحسسي : وهو مهم جداً في حدوث المرض، ويحدث نتيجة لدخول مادة غريبة إلى العضوية تفعل فعلها كمولد للضد وتثير التفاعل التحسسي الذي يظهر على شكل أكزيما في كل مرة تعاود هذه المادة دخولها إلى العضوية، ويكون العامل المحسس في الأكزيما إما عامل غذائي أو عامل دوائي أو قد يكون من المركبات الكيميائية التي تدخل في الصناعات المختلفة، وقد يكون أحياناً بؤرة جرثومية أو فطرية مزمنة، وكذلك أثبتت الدراسات أن الاضطرابات العضوية الداخلية مثل الاضطرابات الهضمية والاضطرابات الهرمونية والاستقلابية لها دور فعال في إحداث الأكزيما وعلى سيرها.

٣- العامل الوراثي حيث تلعب الوراثة دوراً كبيراً في الاصابة بها، فاصابة أحد الوالدين أو كليهما تزيد من احتمال حدوثها عند الطفل مما يوحي بأن هناك استعداداً وراثياً للتحسس المفرط عندما تتوفر الظروف البيئية المؤثرة.

أعراض الأكزيما الحادة:

- ظهور سطوح حمامية وذمية وأحياناً تكون عليها حويصلات صغيرة تكاد تكون برية داخل البشرة ثم لا تلبث هذه الحويصلات أن تنفجر مما يؤدي إلى نز سائل مصلي منها.

- الشعور بحكة شديدة في منطقة الإصابة .

أعراض الأكزيما المزمنة:

- ظهور سطوح وردية عليها قشور دقيقة أو بسطوح حمامية وسفية ومتحززة أيضاً.
- يشكو المريض دوماً من حكة شديدة .

أما سير الأكزيما فهو مزمن على الأغلب ما لم يكشف السبب المثير والمكون للضد ويزال.

الأنواع:

للأكزيما أنواع سريرية متنوعة تختلف بحسب تنوع العامل الممرض، وأهم هذه الأنواع هي:

١- اكزيما الرضيع Infantile Eczema:

هي إصابة بنيوية تصيب الأطفال الرضع خلال السنة الأولى من العمر وتظهر أعراضه باندفاعات حويصلية على سطح وردي اللون وتظهر مناطق نازة ومتوسفة تقع على الوجنتين والخدين، وتعلو عن مركز الوجه (الأنف وحول الفم).

٢- اكزيما تأتوبية Atopic Eczema:

وهي من أكثر أمراض الجلد شيوعاً بين أطفال المدارس، وتصيب من ١٢- ١٦% من الأطفال و ٦٠% من الحالات تظهر في السنة الأولى من العمر **ويمكن ظهور المرض في أي عمر.**

المسببات:

سبب الإصابة بالإكزيما التأتوبية بالضبط غير معروف، ولكن المُصابون لديهم مستويات عالية من أضداد IgE في الدم ضد مستضدات إستنشاقية مثل عثة الغبار House Dust Mite، وشعر القطط والكلاب وحبوب اللقاح، وكذلك أنواع من الطعام.

الأعراض:

- **حكة شديدة.**
- **جفاف وخشونة الجلد وفي الحالات المتقدمة تسحج وتحزز الجلد .**

- **ظهور بثور ناضحة** (تخرج سائل) **أو حويصلات .**
- **إلتهابات ثانوية للجلد .**

وتصيب الإكزيما التأتوبية في الرضع الوجه ومنطقة الحفاظ، **وفي الأطفال تُصيب ثنيات الركبة والمرفق وجانب الرقبة والرسغ واليدين والكاحل، أما في البالغين فتؤدي الإكزيما إلى تحزز وتلون الجلد .**

المضاعفات:

١- إلتهاب الجلد البكتيري: **يكون الأشخاص المصابين بالإكزيما التأتوبية معرضين للإصابة بإلتهاب الجلد البكتيري الثانوي أكثر من غيرهم، وخاصة اللاتهاب الذي تسببه بكتيريا ستافلوكوكس أوريوس** Staphylococcus Aureus، **ويزيد الإلتهاب من حدة الإكزيما وصعوبة علاجها، وتكون المشكلة أكبر للذين يحملون البكتيريا في الأنف أو الإبط أو العجان، لأن هذه البكتيريا تنتج مستضد يدخل في ظهور وتسبب الإكزيما التأتوبية، وكذلك تفرز مواد تؤدي إلى إطلاق الهيستامين** Histamine **في الجسم والذي يسبب إلتهاب الجلد والحكة .**

٢- إلتهاب الجلد الفايروسي : **يسبب الفايروس هيربس سيمبلكس** Herpes Simplex**إلتهاب جلدي في الأشخاص المصابين بالإكزيما التأتوبية ويظهر على شكل طفح حويصلي عام يكون شديداً ومنتشراً، و تسمى هذه الحالة الإكزيما الهيربية** Eczema Herpeticum**، كما يمكن أن يسبب فايروس فاريسيلا زوستر** Varicella Zoster **إلتهاب جلدي فايروسي ثانوي.**

٣- تخلف النمو: **يصاب الأطفال المصابون بالإكزيما التأتوبية الشديدة بتخلف في النمو الجسدي، وما يؤثر استخدام الكورتيزونات لفترات طويلة وبكميات كبيرة على النمو كذلك .**

٤- تغيرات في العين: **يكون المصابون بالإكزيما التأتوبية أكثر عرضة للإصابة بالماء الأبيض** (عتامة عدسة العين) Cataract **وكذلك تمخرط القرنية** Keratoconus.

٥- حساسية الأكل :

- يصاب الأطفال المصابون بالإكزيما التأتوبية بالحساسية لحليب البقر والتي تسبب لهم آلام وغازات في البطن وإقياء وتزيد من حدة الإكزيما، وكذلك يصابون بحساسية لأصناف أخرى من الطعام .
- المصابون بالإكزيما التأتوبية يصابون بحساسية الجلد التماسية Allergic Contact Dermatitis.
- ١٢% من المرضى يصابون بالربو.
- ١٢% من المرضى يصابون بحساسية الأنف.
- ١٢% من المرضى يصابون بالربو وحساسية الأنف.

العلاج:

١- تجنب العوامل المثيرة للإكزيما مثل :

- تقلبات الطقس الحادة .
- المحسسات مثل الصابون والملابس الصوفية والأقمشة الإصطناعية .
- المحسسات البيئية مثل القطط والكلاب.
- التوتر النفسي .

٢- العلاج الموضعي :

- استعمال المراهم والدهانات المرطبة لتخفيف الحكة وترطيب الجلد وتساعد على تخفيف الإكزيما، واستخدمها يومياً وبكثرة وخاصة بعد الإستحمام مع وجود قطرات الماء (بلل) على الجسم .
- استعمال دهانات الكورتيزون الموضعية وأخفها الهايدروكورتيزون ١% Hydrocortisone.
- استعمال مراهم المضادات الحيوية الموضعية للإلتهابات البكتيرية الجلدية إن وجدت .
- استعمال القار الفحمي Coal Tar والإجثامول Ichthamol للجلد المسحج والمحزز .

- استخدام ضمادات الكورتيزون أو القار أو الإجثامول، لإتاحة الظروف المناسبة والوقت الكافي للدواء للعمل على الجلد المُصاب .

٣- العلاج المجموعي :

- يعطى المصاب مضادات حيوية عن طريق الفم لحالات الإلتهاب الجلدي البكتيري الثانوية الشديدة، مثل اريثرومايسين Erythromycin وفلوكلاسيلين Flucloxacillin.
- في حالات الإكزيما الهيربية يدخل المريض في المستشفى لتلقي العلاج عن طريق الوريد للقضاء على الفايروس .
- يعطى المصاب مضادات الهيستامين Antihistamines لتخيف الحكة .
- يستعمل زيت بريمروز المسائي Evening Primrose Oil وهذا الزيت يساعد على تخفيف الإكزيما .
- يعطى المصاب الكورتيزونات المجموعية Systemic Steroids ومثبطات المناعة Immunosuppression مثل الأزاثايبريم Azathioprime وسايكلوسبورين .Cyclosporine.
- يستعمل العلاج الضوئي الكيمياوي PhotoChemical Therapy للحالات الشديدة وتحت إشراف الطبيب المختص والمتابعة الدقيقة الدورية .

وقد تم مؤخراً إكتشاف وتطوير مادتين جديدتين من نوع من أنواع الفطر، لا تحتوي على الكورتيزون كعلاج للإكزيما التأتوبية، وهي تعمل كمثبطات للمناعة مثل السايكلوسبورين، وتم تصنيع دهانات منها لتعمل موضعياً وبصورة مباشرة على الجلد وقد أثبتت فاعليتها، وهما التاكروليميس Tacrolimus والبيميكروليميس Pimecrolimus.

٤- العلاج بالأكل :

يجب على المصاب تجنب أنواع الأطعمة التي تؤدي إلى ظهور أو زيادة الإكزيما، ويأتي هذا بالخبرة والتجربة لأن من الصعب معرفة الأنواع التي يتحسس منها المريض.

التشخيص:

يتم تشخيص المرض بالطرق الإكلينيكية (التاريخ المرضي والفحص السريري) **ويمكن عمل تحاليل واختبارات لمعرفة المحسسات التي يتحسس منها المريض، مثل إختبار المحسسات على الجلد** Skin Patch Test، **وذلك بوضع لصقة أو مواد مشتقة من أكثر المواد المعروفة بإثارة التحسس عند أغلب الناس لفترة من الزمن ثم قراءة النتيجة ومعرفة المواد التي يتحسس منها المريض وخاصة أنواع من الأطعمة .**

وكذلك يمكن عمل إختبار عينة من دم المريض لمعرفة المواد المُحسسة مثل اختبار الراست RAST (RAdio Allergo - Sorbent Test) **ويعمل هذا الاختبار في مختبرات متخصصة .**

ويجب تحويل المريض بالإكزيما التأتوبية لأخصائي الجلدية في الحالات التالية :

- **الحالات المتوسطة والشديدة التي تتميز بكبر حجم منطقة الجلد المصاب وتكرر الإلتهابات الجلدية البكتيرية وعدم إستجابة المريض للعلاج المبدئي .**
- **تلون الجلد** (تغير لون الجلد المُصاب).
- **استخدام كميات كبيرة من الكورتيزونات الموضعية للسيطرة على المرض .**
- **تخلف النمو عند الأطفال .**
- **إكزيما تأتوبية في اليدين لم تستجب للعلاج .**
- **إلتهاب الإكزيما الهيربية .**
- **وجود حساسية جلد تماسية .**
- **إلتهاب بكتيري حاد للجلد ومنتشر .**
- **الشك في وجود حساسية للأكل .**

وتدل الأبحاث الجديدة على أن الأشخاص المصابين بالإكزيما التأتوبية لديهم مستويات منخفضة من البيتيدات المضادة للجراثيم في جلودهم Antimicrobial Peptides، **ولهذا السبب يصابون بإلتهابات الجلد البكتيرية، مثل بكتيريا ستافلوكوكس اوريس** Staphylococcus Aureus.

إن إصابة الأكزيما بالتهاب بكتيري يزيد من حدتها ومن صعوبة علاجها، وهناك مجموعتان من هذه الببتيدات التي تحمي الجلد من أنواع مختلفة من الجراثيم هما:

- الكاثيليسيدينات Cathelicidins.
- البيتا-دفنسينات Beta Defensins.

وتوجد هذه الببتيدات بكميات ضئيلة في جلد المصابين بالإكزيما مما يعرضهم للإصابة بإلتهابات جرثومية في مناطق الإكزيما، والجسم ينتج هذه الببتيدات حسب الحاجة أي تزداد كمياتها أثناء تعرض الجلد للغزو الجرثومي.

ويرى الباحثون ضرورة النظر لعلاج الإكزيما من زاوية أخرى وذلك بإنتاج مواد تحفز الجلد على إنتاج هذه الببتيدات لحمايته .

٣- اكزيما دهنية Contact Eczema:

تظهر أعراضها على شكل بقع حمامي وردية دهنية الملمس مغطاة بوسوف دهنية بيضاء مصفرة، **تقع غالباً على الرأس وخاصة في الوجه وخلف الأذنين ومنطقة الحفاظ.**

٤- اكزيما ركودية Stasis Eczema:

تظهر هذه الإصابة على الساقين وعلى الكعبين وتترافق عادة مع إصابة دورانية في الطرفين السفليين (دوالي)، **وتكون الإصابة على شكل سطوح من الأكزيما حمامية حمراء اللون متوذمة تكسوها حويصلات، وتترافق في البداية بحدوث نزيز وحكة ثم لا تلبث أن تجف وتتقشر بشكل شديد، ولكنها تبقى حاكة دوماً وقد تتقرح وتسبب القرحة الدوالية.**

٥- اكزيما عسر التعرق Pompholyx Dysidrosis:

هي إصابة تحسسية تعتبر ارتكاساً لبؤرة التهابية جرثومية أو فطرية في مكان آخر من الجسم، **وتتمثل أعراضها بظهور حويصلات كبيرة متوترة ومملوءة بسائل مصلي وتكون شفافة وعميقة، وتقع على حافات أصابع اليدين غالباً كما تظهر في أخمص القدمين .**

وهي إصابة كثيرة النكس فصلية إذ غالباً ما تعاود الظهور في بداية فصل الصيف ويترافق بالشعور بحكة مزعجة، وقد يختلط بالتهاب ثانوي.

العلاج:

يشبه علاج هذه الحالة علاج حالة الأكزيما، مع معالجة البؤرة المسببة من خلال إعطاء الأدوية المضادة للفطريات إذا كانت البؤرة المسببة من أصل فطري.

٦- اكزيما مهنية أو أكزيما التماس **Contact Eczema**:

تظهر على الأماكن المكشوفة مثل اليدين غالباً، حيث تكون هذه المناطق معرضة دوماً لتأثير المواد المحسسة والتي يغلب أن تكون مواد كيميائية مثل أملاح الكروم والنيكل ومشتقات النفط والدهانات والصابون والمنظفات (أكزيما ربات البيوت) **والأدوية** (عند الممرضات) **وصبغة الشعر** (الحلاقين).

الوقاية :

تعتمد الوقاية من أكزيما التماس على الأسس التالية:

١- **وقاية الجلد بتجنب تماسه مع المواد المخرشة وذلك باستعمال قفازات قطنية توضع على الجلد مباشرة ومن ثم ارتداء القفاز المطاطي، حيث أن القفازات المطاطية وحدها قد تكون محسسة للجلد بينما تعمل القفازات القطنية على امتصاص العرق ولا تسبب التحسس.**

٢- **استعمال المراهم المطرية والمحمضة للجلد.**

٣- **ليس هناك مانع من تعرض المصاب بأكزيما التماس للماء العادي.**

٧- اكزيما نمية **Nummular Eczema**:

تتصف عناصرها بحدود واضحة مدورة ولذا يغلب تسميتها بالأكزيما الدينارية، وهي مجهولة السبب، وتسبب الحكة، وتكون ناكسة وتحدث بعد التعرض لصدمة نفسية أو عاطفية.

علاج الأكزيما:

يتم علاج الأكزيما بصورة عامة علاجاً موضعياً وعلاجاً عاماً، ويختلف العلاج الموضعي كثيراً باختلاف دور الإصابة ونوع الإصابة والأعراض السريرية.

ويقوم العلاج على استعمال مغاطس تحتوي على محلول برمنغنات البوتاسيوم بتركيز (١/ ١٠٠٠٠) **في الحالات النازة، ثم ينتقل العلاج إلى المراهم الكورتيزونية أو**

القطرانية أو غيرها في مراحل الأكزيما الجافة وتطبق الصبغات الملونة في الأكزيما المتقوبئة.

أما في العلاج العام فيجب البحث أولاً عن العامل المسبب للمرض والعمل على علاجه وإزالته، ومن ثم يعطى المصاب أدوية مضادات الهستامين عن طريق الفم، وقد يلجأ أحياناً إلى استعمال المهدئات النفسية والمعالجة العصبية أو الهرمونية عند الضرورة، كما يفيد الاستدماء الذاتي عند عناد الإصابة وعدم استجابتها للعلاج، وفي حالة الأكزيما الركودية يجب أن يتم علاج الاضطرابات الدورانية الركودية.

الوقاية :

تزداد حوادث الإصابة بالأكزيما في فصل الشتاء نظراً إلى:

- ازدياد حوادث الإصابة بالحمات الراشحة (الفايروسات).
- ارتداء الملابس الصوفية.
- زيادة التدفئة في المنزل.
- استنشاق غبار الطلع (وخاصة في شهر أيار) والعت الموجود في غبار المنازل.
- كما ينصح المرضى المصابين بالأكزيما بالاستحمام في المناطق الخالية من الرطوبة الزائدة، وعدم تربية القطط داخل المنازل والابتعاد المباشر عن العوامل المسببة وتجنبها قدر الإمكان.

أكياس الكبد المائية Echinococcus Cysts:

هي حالة مرضية يتكون فيها كيس يحمل بيوض طفيلي التينيا المقنفذة ويتواجد في مناطق من الجسم قد يكون الكبد أو أي عضو آخر.

ويبلغ حجم الكيس المائي بقدر حجم كرة القدم أحياناً، وقد يكون في داخلها الكثير من الأكياس الأخرى، وينمو الكيس بشكل تدريجي، ويقع غالباً في الفص الأيمن من الكبد، وقد يتكلس جداره فيبقى الكبد سالماً وقد يتمزق الكيس المائي عندما يكبر حجمه كثيراً.

وهناك نوع آخر من الأكياس المائية يدعى الكيس الحويصلي الشكل (Alverolar hydatid cyst) وهو نادر الحدوث، وينتشر في أعضاء الجسم الحيوية بسرعة حيث يتوالد من

الطبقة الخارجية للكيس المائي فينمو الكيس الفرعي إلى الخارج ومن ثم ينفصل ويهجر إلى نسيج الكبد حيث يتكاثر بينما يبقى الكيس الأصلي صغير الحجم، وتكون أعراض هذا النوع من الأكياس المائية خطيرة.

المسببات:

تحدث أكياس الكبد المائية نتيجة الإصابة بطفيلي التينيا المقنفذة الذي ينتقل إلى الإنسان بواسطة الكلاب والقطط وبعض الحيوانات الأخرى.

أعراض المرض:

يبدأ حدوث الكيس المائي دون أن يشعر المصاب بأي أعراض ظاهرية وعندما يكبر حجم الكيس يشعر المريض بوجود ثقل في الجهة اليمنى من البطن، **ثم يحدث الألم الذي ينتشر إلى الكتف الأيمن مع حدوث اضطراب في الهضم وغثيان، واحتقان الرئة والتهاب الغشاء البلوري في الجهة اليمنى من الجسم.**

أما الأعراض الموضعية فتختلف حسب مكان الكيس المائي، فإذا كان مركزي الموقع فإن الكبد يتضخم بكامله، بينما يُحدث موقع الكيس في الجهة الأمامية انتفاخاً في الجهة اليمنى من البطن.

التشخيص:

يتم التشخيص بواسطة:

- الفحص السريري : **يشعر الطبيب بالجس بوجود ورم مستدير غير مؤلم وغير متموج ويستدل بالقرع عليه أن هذا الورم متصلاً بالكبد، وقد يحدث القرع ما يسمى بالارتعاش المائي، فإذا أطبقت السبابة والوسطى والبنصر متفرقة على الورم وقرعت الوسطى قرعاً متقطعاً صغيراً شعر الطبيب بحدوث صدمة متموجة ناتجة عن تصادم الحويصلات.**
- الفحص المختبري : **من خلال فحص الدم وفحص التفاعل المصلي.**
- التصوير الشعاعي : **يظهر الفحص الشعاعي وجود الكيس المائي في الكبد .**
- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية (**السونار**).**

المضاعفات:

- **التقيح: يحدث التهاب مجاور للكيس المائي بسبب الانتشار فترتفع درجات الحرارة بشكل نوبات متقطعة مع الشعور بألم في الجهة اليمنى من البطن، وقد يؤدي إلى تلوث الدم بمسببات الالتهاب المميتة.**
- **الانثقاب: يحدث إما عفوياً أو على أثر سقوط أو صدمة ويحدث الانثقاب في ثلاثة أماكن هي:**

١- **الصدر: حيث ينتفخ الكيس في القصبات أو في الغشاء البلوري أو التامور وتصاب عادة الرئة اليمنى، ويحدث الانثقاب بعد نوبة سعال شديدة فيشعر المريض بألم ممزق وبحصر واختناق.**

٢- **البطن: حيث ينتفخ الكيس الواقع على وجه الكبد السفلي في الغشاء البروتوني أو في مجاري الصفراء أو في القناة الهضمية.**

وتختلف أعراض انثقاب الكيس المائي حسب محتوى سائل الكيس، **فإذا كان السائل متقيحاً سبب انثقابه التهاب غشاء البريتون الحاد، أما إذا كان السائل غير متقيح فإن الرؤوس الفتية للطفيلي المتواجدة على الجدار الداخلي للكيس المائي تنتشر في أعضاء مختلفة من الجسم مسببة تكون أكياس مائية جديدة في أعضاء جديدة مثل الكلى.**

٣- **القناة الهضمية: يحدث انثقاب الكيس دائماً في انحناءات الإثني عشري أو في منطقة تقوس القولون فيشعر المريض بألم شديد ممزق يتبعه في الحال إسهال شديد يحتوي على أغشية الديدان.**

٤- **قنوات الصفراء: يؤدي انثقاب الكيس إلى انسداد هذه القنوات بالطفيليات التي تنتشر في القناة الصفراوية الجامعة حتى تصل إلى الأمعاء مسببة تكون أكياس مائية جديدة في الأمعاء.**

العلاج:

يتم علاج هذه الحالة جراحياً تحت التخدير العام حيث تزرق مادة خاصة لقتل الرؤوس الفتية للطفيلي المتواجدة على الجدار الداخلي للكيس المائي، **ويتم سحب السائل الموجود داخل الكيس بكل حذر ثم يرفع الكيس المائي نهائياً.**

آلام أسفل الظهر Low Back Pain:

وهي من الأعراض الشائعة التي يعاني منها الكثير من الأشخاص وتؤثر على حياتهم سلبياً.

المسببات:

هناك نوعان من مسببات الألم في أسفل الظهر:

الأول: مرتبط بأسلوب الحياة مثل الوقوف أو الجلوس بطريقة خاطئة وقلة التمارين الرياضية والضغوط الحياتية الزائدة.

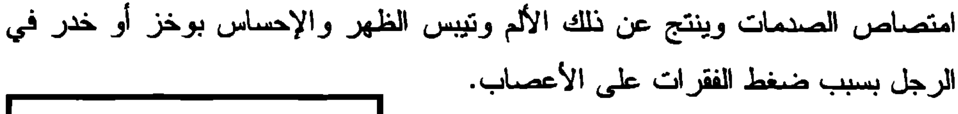
الثاني: بسبب الإصابات والأمراض العضوية (الجسدية).

الإجهاد:

الأرق بسبب التفكير في مشاكل العمل والهموم المادية والدنيوية، **والضغوط الحياتية والقلق وما ينتج عنها من الشعور بالتعب يمكن أن تضر بالجهاز العصبي وتسبب تشنجات في عضلات أسفل الظهر.** وأفضل علاج لهذا النوع من الألم هو استعمال طرق الاسترخاء.

مشاكل الغضاريف:

يؤدي التقدم في السن إلى جفاف وانحلال الغضاريف بين الفقرات والوقوف والجلوس بطريقة خاطئة يمكن أن تعجل العملية مما يؤدي إلى فقدان المسافات الطبيعية بين الفقرات مسببة الضغط على الأعصاب وفقدانها لقدرتها على



امتصاص الصدمات وينتج عن ذلك الألم وتيبس الظهر والإحساس بوخز أو خدر في الرجل بسبب ضغط الفقرات على الأعصاب.



التواء المفاصل وشد العضلات:

غالباً ما يحدث الدوران أو الإنحناء أو رفع الأشياء الثقيلة بطريقة خاطئة إلتواء في المفاصل وشد أربطة العضلات وحدوث آلام

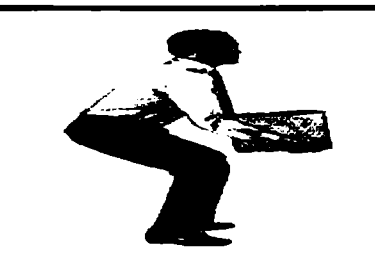
الظهر، كما إن الإلتواء المفاجئ والعنيف (أثناء التمارين الرياضية) **أو التحرك بأسلوب متخبط لها نفس التأثير.**

الحركات الصحيحة: **إن حماية منطقة أسفل الظهر من الآلام بالتحرك بالطريقة الصحيحة لحماية الانحناءات الطبيعية في الظهر** يمكن أن تبعد خطر إصابات الظهر خلال القيام بالأعمال اليومية:

١ - الإنحناء:

لا يجب الإنحناء مع إبقاء الساقين مستقيمين **لأن هذه الحركة تسبب ضغطاً كبيراً على منطقة أسفل الظهر وقد تؤدي إلى حدوث إصابة خطيرة.**	يجب الإنحناء بواسطة الركبتين والوركين **للحفاظ على الإنحناءات الطبيعية الثلاث.**
	

٢ - رفع الأشياء:

يجب عدم الإنحناء من منطقة الوسط لدى رفع الأشياء أو الإلتفاف خلال عملية الرفع، **ويجب تجنب رفع الأشياء إلى أعلى من مستوى الكتف.**	يجب ثني الركبتين عند رفع الأشياء الثقيلة وترك المهمة لعضلات الساقين، **ويجب الإمساك بالأشياء الثقيلة قريباً من الجسم للإحتفاظ بإستواء الظهر، وعدم رفع الأشياء فوق مستوى الصدر.**
	

٣- الجلوس:

يجب الإبقاء على إنحناءات الظهر الطبيعية الثلاثة مستوية بإستخدام مقاعد ساندة للظهر، ويمنح وضع مسند خاص أسفل الظهر الدعم المطلوب في هذه المنطقة.



تجنب الجلوس بطريقة مترهلة لأن ذلك يفقد الظهر إستواءه ويضع ضغطاً أكبر على الإنحناء في أسفل الظهر، وتجنب الجلوس على مسافة أبعد مما هو لازم من عجلة القيادة أثناء قيادة السيارة.



٤- الإلتفاف:

يجب الإلتفاف بإستخدام القدمين وليس الظهر، **وذلك بتوجيه القدمين في الإتجاه الذي سندور إليه ونقل الخطوة حول ناحية الإلتفاف وأثناء ذلك يجب المحافظة على الإنحناءات الطبيعية الثلاثة للظهر. ويجب إجراء الإحماء قبل البدء بأي تمرين رياضي لتليين الغضاريف والعضلات وتجنب الإصابة.**



لا يجب الإبقاء على القدمين والردفين ثابتين في موضع واحد ويجب عدم الإستدارة بإستخدام الظهر لأن المفاصل في الظهر لا تتحمل عملية الإستدارة، **وهذا النوع من التحرك يزيد من خطر الإصابات في الأقراص** (الغضاريف) **والمفاصل.**



٥- تناول الأشياء من أعلى:

يجب الاقتراب من الشيء الذي تحاول تناوله، واستخدام كرسي صغير بدون ذراعين أو ظهر إذا لزم الأمر **كذلك يجب شد عضلات البطن لمساندة الظهر واستخدام الذراعين والساقين لأداء المهمة.**



لا يجب بسط الذراعين ومد الظهر للوصول إلى الأشياء المرتفعة **لأن المبالغة في محاولة الوصول من بعد إلى الأشياء في مكان مرتفع تؤثر على الانحناءات الطبيعية وتسبب إجهاد على عضلات الظهر.**



٦- النوم:

يجب النوم على الجانب ويجب ثني الركبتين لإقصاء بعض الضغط عن الظهر، **أو النوم علىالظهر وهنا يجب وضع وسادة تحت الركبتين لإبقاء إنحناءات الجمس مستوية.**



تجنب النوم على فراش لين لأن ذلك يؤثر على استواء الظهر ويزيد من الضغط عليه، وتجنب النوم على البطن لأنه يسبب أجهاداً للرقبة والظهر.



الأشياء المناسبة:

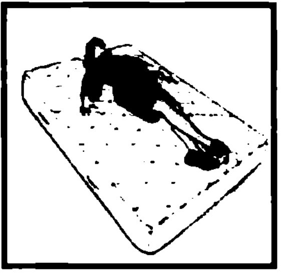
يساعد تحريك الجسم وأداء التمارين الرياضية بطريقة صحيحة في إبقاء الجسم في ليقاة تامة، **وكذلك تلعب المعدات المناسبة دوراً كبيراً في حماية منطقة أسفل الظهر في قمة اللياقة خلال الليل والنهار.**

أ- راحة على مستوى القدمين:



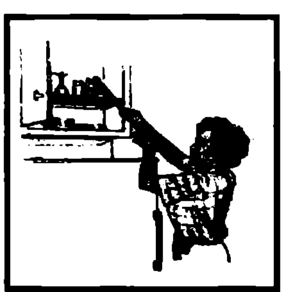
يجب ارتداء حذاء مريح بحشوات داخلية جيدة تعمل كوسادة للسلسلة الفقرية وتمتص الصدمات عند المشي أو ممارسة التمارين الرياضية، **وعلى السيدات تفادي ارتداء أحذية بكعب عالي قدر الإمكان، لأنها تفقد السلسلة الفقرية استواءها بسبب تركيز الثقل على منطقة أسفل الظهر، كما أن هذه الأحذية لا تمتص الصدمات.**

ب- النوم العميق:



يجب اختيار فرشة صلبة بدرجة معقولة **تعمل على المحافزة على الانحناءات الطبيعية الثلاثة للظهر.**

ج- استخدام أداة للمساعدة:



تجنب مد الظهر أكثر مما يجب عند الحاجة إلى تناول شيء من مكان يعلو عن مستوى ارتفاع الكتفين، **ويمكن استخدام أداة مساعدة أو مقعد ثابت لتناوله.**

الجلوس مع وجود شيء مساند:



يجب الجلوس على كرسي منخفض بدرجة كافية، **عند أداء الأعمال أو الإسترخاء بحيث تبقى كلا القدمين على الأرض وتكون الركبتين في مستوى الردفين، ويجب الجلوس بثبات على ظهر الكرسي وإستخدام دعائم للظهر لإبقاء السلسلة الفقرية مستوية.**

التهاب الإحليل Urethraitis:

هو التهاب يصيب الإحليل بسبب تعرضه لغزو بكتيري فتنمو البكتريا وتتكاثر هناك مسببة التهاب الإحليل.

الأنواع:

يكون هذا الالتهاب على نوعين:

- التهاب حاد (Acute Infection): وهو شائع الحدوث.
- التهاب مزمن (Chronic Infection): وهو نادر الحدوث.

المسببات:

يسبب هذا الالتهاب الإصابة بالبكتيريا الآتية:

١- بكتيريا الاشريكية القولونية.

٢- بكتيريا البروتيوس.

٣- بكتيريا المكورات العنقودية.

٤- بكتيريا مكورات السيلان.

٥- بكتيريا التريكوموناس.

٦- الإصابة بالفطريات.

أعراض المرض:

تكون الأعراض في بداية المرض حادة ومنها:

١- الشعور بحرقة شديدة في الاحليل ويكون التبول مؤلماً.

٢- خروج إفراز قيحي لزج.

٣- احمرار المنطقة حول الفتحة البولية.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد إجراء الفحص السريري للمريض، والفحص المختبري حيث يجرى الفحص المجهري للبول وتحليله (Urinalysis) وزراعة البول (Urine Culture) للكشف عن وجود البكتيريا وتحديد نوعها لوصف العلاج المناسب لها.

العلاج:

يعطى المريض المضادات الحيوية والسلفوناميدات، تبعاً لنتائج الزرع المختبري للبول، ويكون العلاج كالآتي:

الالتهاب الناتج عن مكورات السيلان يعالج بدواء البنسيلين أو الأوليندومايسين (Oleandomycin).

الاتهاب الناتج عن التريكوموناس يعالج بدواء الفلاجيل (Flagyl)، أو الفاسنجين (Fasingin) أو التريكوموناسيد (Trichomonacid) أو التترامايسين (Tetramycin) أو الإيرومايسين (Aeromycin) وغيرها.

الالتهاب الناتج عن الفطريات يعالج بالأدوية المضادة للفطريات المعروفة.

التهاب الأعصاب Polyneuritis:

هو مرض أو اصابة مؤلمة قد تؤثر على عصب واحد أو عدة أعصاب وقد تختلط احياناً مع خلل يسمى الألم العصبي.

المسببات:

- غزو البكتيريا والفايروسات للعصب.
- نقص الغذاء والفيتامينات.
- الإصابة بالعدوى مثل التدرن والزهري والخلأ المنطقي.
- يمكن أن يتولد التهاب العصب عندما يغير مرض مثل السكري أنشطة خلايا الجسم.
- بسبب الجرح العضوي لعصب يشمل العصب المصاب.

أعراض المرض:

- يفقد الشخص القدرة على الاحساس بالحرارة والضغط واللمس.
- قد يفقد الجسم التحكم في الانشطة التلقائية مثل التعرق.
- ضمور العضلة وشللها إذا لم يعد العصب قادراً على الحركة.

العلاج:

يعالج التهاب الاعصاب بالمضادات حسب نوع المسبب بالإضافة إلى العلاج الطبيعي.

إلتهاب البروستات الحاد Acute Prostate Infection:

هو التهاب يصيب غدة البروستات، ويصبح حاداً إذا أهمل علاج الشريط المخاطي الملتهب، أو إلتهاب القناة البولية، فتنتقل العدوى من مكان الالتهاب لتصيب غدة البروستات.

أعراض المرض:

١- الشعور بثقل في المستقيم.

٢- الشعور بألم في الأرجل.

٣- صعوبة في التبول، ويزداد الألم والضغط عند تفريغ الأمعاء من محتوياتها.

٤- خروج السائل البروستاتي من القناة البولية.

العلاج:

- معالجة الأسباب المؤدية إلى التهاب البروستات.
- يجب على المريض الابتعاد عن المثيرات الجنسية.
- الابتعاد عن تناول الأطعمة المخرشة والأطعمة الدسمة الثقيلة والاقتصار على تناول الخضراوات والفواكه والألبان.
- أخذ الحمامات المائية الساخنة والحمامات البخارية واستعمال الكمادات البطنية الساخنة قبل النوم.
- معالجة حالات الإمساك.

إلتهاب البروستات المزمن Chronic Prostate Infection:

هو التهاب يحدث لغدة البروستات نتيجة لتطور حالة الالتهاب الحاد وإهمال علاجه.

المسببات:

١- إلتهاب الشريط المخاطي الموجود في القناة البولية.

٢- تعرض غدة البروستات إلى الالتهاب نتيجة الإصابة بمرض السيلان (التعقيبة) ويبقى هذا الإلتهاب كامناً فيها ولا يشعر به المريض لخفة الأعراض المرضية المصاحبة ولقلتها.

٣- قد يحدث الالتهاب نتيجة لكثرة النشاط الجنسي.

٤- الإفراط في تناول المشروبات الروحية.

٥- الإفراط في ممارسة العادة السرية.

أعراض المرض:

في حالة الالتهاب المزمن تكون الأعراض غير ظاهرة تماماً كما في حالة الالتهاب الحاد، غير أن هناك أعراض يشعر بها المريض وتنحصر بـ:

١- شعور المريض بثقل أو ضغط على المستقيم والشرج.

٢- الشعور بشد في منطقة الشرج والعجان ويزداد هذا الشعور ويتهيج عند الجماع وعند إطالة الجلوس على الكرسي، ويقل بصورة وقتية، ويعود كلما طرأت هجمة احتقان حادة يسببها الإمساك أو التعرض للبرد أو تناول المشروبات الروحية أو الأطعمة المخرشة أو عند الإفراط في الجماع.

٣- حدوث الآم في منطقة المستقيم والشرج وتكون غير مستمرة وتنتابه من حين لآخر. ويصاب المريض بـالأعراض التالية عندما تتعرض البروستات إلى الهجمات الاحتقانية بالإضافة إلى الالتهاب:

- عسر التبول (Dysurie).
- كثرة التبول.
- الشعور بالحاجة إلى التبول رغم فراغ المثانة من البول، ويرافق ذلك حدوث إنتعاظات ليلية لا تتناسب مع الضعف الجنسي الذي يرافق المريض.

٤- نزول قطرة من سائل أبيض أو أصفر عند عصر العضو التناسلي في الصباح، ولهذا السائل رائحة السائل المنوي

٥- إذا كان هناك ألم أثناء التبول في الصباح فإن ذلك يدل على أن الالتهاب سببه إلتهاب الشريط المخاطي الموجود في القناة البولية.

المضاعفات:

١- يختلط المخاط أحياناً ببعض النقاط من الدم في حالات الالتهاب الشديد ويخرج من فتحة البول الخارجية.

٢- تتورم بعض الغدد الجنسية بالإضافة إلى تورم غدة البروستات فتضغط قناة البول وينغلق باب المثانة فيتعذر عندئذٍ التبول.

العلاج:

يتم العلاج بعد إجراء الفحص الشامل للمريض، وبالإمكان تحقيق العلاج التام لهذه الحالة خاصة إذا كان العلاج قد بدأ عند ظهور أول بوادر الأعراض، ويمكن للمريض أن يقلل من حدة الأعراض باتباع ما يلي:

- الاستعانة بالحمامات البطنية والفخذية الساخنة.
- استعمال الحقن الشرجية الدافئة مساء.
- الابتعاد عن المثيرات الجنسية.
- الامتناع عن تناول الأسماك واللحوم والتوابل والإكثار من تناول الألياف الطبيعية، وتناول الشاي وماء الزهورات (الأعشاب) يومياً.

التهاب البلعوم Pharyngitis:

هو مرض معدٍ يؤثر على أغشية الحلق واللوزتين ويصيب الاطفال من سن ٥ الى ١٢ عاماً.

المسببات:

يحدث التهاب البلعوم بسبب غزو بكتيريا من نوع المكورات العقدية البيتاوية الحالة للدم – المجموعة (أ)- وتنتقل هذه البكتيريا من شخص الى آخر من خلال الرذاذ المتطاير من انف وفم الاشخاص حاملوا المرض (أي الذين يحملون المكون العقدي دون أن تظهر عليهم أعراض المرض).

أعراض المرض:

- احتقان الحلق.
- ارتفاع درجة حرارة الجسم، والقشعريرة والارتعاش أحياناً.
- صداع.
- غثيان وتقيؤ.
- الشعور بتورم اللوزتين والعقد الليمفاوية في العنق.

ويختفي هذا المرض سريعاً بعد العلاج وقد تستمر الحالات التي لم تعالج اسبوعاً أو اسبوعين.

التشخيص:

يتم التشخيص عن طريق الاختبارات المعملية للتأكد من وجود بكتيريا الالتهاب البلعومي في اللعاب المأخوذ من حلق المريض .

المضاعفات:

قد يترتب على التهاب البلعوم مضاعفات مختلفة إذا أهمل علاجه فقد يمتد المرض الى الاذنين والجيوب الأنفية والعظام ومجرى الدم **وحالات اخرى يصاب المرضى فيها بالحمى الروماتيزمية أو بمرض الكلى المسمى التهاب كبيبات الكلى الحاد.**

العلاج:

يمكن العلاج الفوري لالتهاب البلعوم عن طريق البنسلين أن يمنع العدوى من الانتشار الى الاجزاء الاخرى في الجسم **ومثل هذا العلاج يجنب ايضاً مخاطر الحمى الروماتيزمية ولكنه لا يمنع دائماً التهاب كبيبات الكلى الحاد.**

التهاب البنكرياس الحاد Acute Pancreatitis:

يحدث هذا الالتهاب بسبب تأثر نسيج البنكرياس بالهرمونات التي يفرزها البنكرياس نفسه.

المسببات:

١ - تناول الكحول.

٢ - تأثير العمليات الجراحية.

٣ - الإصابة بأمراض جرثومية أو فايروسية.

٤ - الإصابة بالتهاب المرارة أو حصى المرارة.

أعراض المرض:

١ - آلام حادة في منطقة البطن وتنتقل إلى الظهر.

٢ - ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد إجراء الفحوصات المختبرية للدم لتشخيص حالة المريض، لأن نتائج هذه الفحوصات تحدد العامل المسبب للمرض.

العلاج:

يعتمد علاج التهاب البنكرياس الحاد على معالجة العوامل المسببة له، ويصف الطبيب المضادات الحيوية (Antibiotics) للمريض والأدوية الخافضة للحرارة (Antipyretic Drugs)، ويجب على المريض أن يمتنع نهائياً عن تناول الكحول.

التهاب البنكرياس المزمن (Chronic Pancreatitis):

هو تطور حالة التهاب البنكرياس الحاد إذا لم يعالج إلى التهاب البنكرياس المزمن بوجود عوامل مساعدة.

المسببات:

١- الإصابة بتصلب الشرايين.
٢- استمرارية وجود السبب الأصلي المؤدي إلى الإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد.
٣- استمرار تناول المريض للكحول.

أعراض المرض:

١- الشعور بألم في أعلى البطن يزداد حدة بعد تناول المريض الوجبات الدسمة.
٢- يكون الخروج دهني القوام.
٣- قد يرافق الالتهاب ظهور اليرقان.

العلاج:

يتم بالعلاج الدوائي بإعطاء المريض المضادات الحيوية وإذا لم توقف هذه المضادات الالتهاب، فيلجأ الطبيب عند ذلك إلى العلاج الجراحي حيث يقوم باستئصال غدة البنكرياس (Pancreatectomy).

التهاب الثدي Mastitis:

هو التهاب يحدث في أنسجة الثدي، ويحدث عادة عند بدء الرضاعة.

أعراض المرض:

- **حدوث احمرار وألم في منطقة محدودة من الثدي.**
- **الشعور بالارهاق والتعب العام.**
- **ارتفاع درجة حرارة الجسم.**

المسببات:

تحدث هذه الحالة عند بدء الأم إرضاع طفلها، ويسبقها عادة حدوث بعض التشققات في الحلمة وانسداد بعض قنوات الثدي مما يمنع إدرار الحليب بصورة جيدة، وهناك عوامل تساعد على حدث الإصابة هي:

- **الضغط الخارجي على الثدي بسبب النوم على البطن أو لبس الحمالات الضيقة.**
- **عدم إفراغ الحليب بصورة كاملة عند الرضاعة بسبب الوضع الخاطئ للطفل أو الرضاعة السريعة.**
- **التوقف عن الرضاعة لفترة، خلال نوم الطفل في الليل مثلاً.**
- **الإرهاق.**
- **عدم الاهتمام بالتغذية الجيدة.**

الوقاية:

تتضمن الوقاية تجنب العوامل المساعدة وذلك عن طريق:

- **الاهتمام بالتغذية الجيدة والإكثار من السوائل خلال فترة الرضاعة.**
- **محاولة إفراغ الثدي عند ملاحظة امتلائه بالحليب أو إيقاظ الطفل إذا كان نائماً.**

العلاج:

- **الاستمرار في الرضاعة بصورة منتظمة ووضع الطفل بوضعية صحيحة إثناء الرضاعة.**
- **العلاج بالمضادات الحيوية.**

- غسل الثدي بماء دافئ قبل الرضاعة.
- عمل مساج للثدي إثناء الرضاعة للمساعدة على إدرار الحليب.
- محاولة إفراغ الحليب بصورة كاملة.
- استخدام الكمادات الباردة بعد الانتهاء من الرضاعة.
- استخدام المسكنات كالباراسيتامول أو الأسبرين.

إلتهاب الجلد التحسسي التماسي Allergic Contact Dermatitis:

هو إلتهاب الجلد نتيجة لتعرضه لمادة محسسة سابقاً ينتج عنها ردة فعل للجسم عن طريق الليمفوسايت (نوع من كريات الدم البيضاء)، وهو شائع ويصيب ١-٢% من الناس.

المسببات:

- تكون بعض الفئات أكثر عرضة للأصابة من غيرهم مثل مرضى الحالات الجلدية المزمنة حيث يتحسسون للأدوية، وكذلك عمال البناء لتعرضهم للكروم وعمال صناعة الجلود لتعرضهم للأصباغ المستخدمة في هذه الصناعة.
- عدم تجنب المحسس بعد التعرف عليه وقد يكون تجنبه أحياناً شبه مستحيل، كما في مادة النيكل Nickle إذ أنه موجود في الأواني المنزلية وأدوات الطبخ والعملات الصلبة وأدوات الزراعة والمجوهرات والأثاث المنزلي والأدوات الميكانيكية، ووجود كميات ضئيلة منه في الغذاء كفيلة بظهور الأعراض.

أعراض المرض:

- ظهور أعرض إلتهاب حاد أو شبه حاد في موضع التماس مع المادة المحسسة مع التأثير على مواضع أخرى بعيداً عن موضع التماس.
- قد تظهر الأعراض (الحساسية) بعد سنوات عديدة من التعرض اليومي للمادة المحسسة من دون التسبب بأي أعراض، ويصعب أحياناً إقناع المريض بأن

هذه المادة هي المشكلة.

- يكون الطفح الجلدي ملتهب في المراحل الأولى ويسبب حكة مع ظهور حويصلات مائية وبثور، وبإستمرار التعرض للمادة يصبح الجلد جاف ومتشقق ومتقشر وقد تظهر أعراض حادة على الحالات المزمنة.
- حساسية جلد اليدان شائعة ومزمنة في الأشخاص الذين لديهم حساسية للنيكل.
- أكثر أجزاء الجسم عرضة لهذا النوع من الحساسية هي صيوان الأذن ومؤخرة الرقبة والرسغين والقدمين.

جدول يبين أجزاء الجسم والمحسس المحتمل

جزء الجسم	المحسس المحتمل
الوجه	مستحضرات التجميل، الروائح في الصابون، النيكل، إطارات النظارات، أدوية (كالمضادات الحيوية في قطرات الأذن والعين)
فروة الرأس	أصباغ الشعر
الفم	المواد المستخدمة في صناعة الأسنان الصناعية، بعض معاجين الأسنان
الرقبة وصيوان الأذن	النيكل المستخدم في صناعة المجوهرات والإكسسوارات
الرسغان	النيكل في الإسوارات أو حزام الساعة المعدني، الأصباغ المستخدمة في جلود حزام الساعة الجلدي
اليدان	النيكل في الخاتم، المواد المحسسة في العمل مثل الاسمنت والمنظفات، اللانولين Lanolin في دهانات اليد وبعض الأدوية
البدن	دبابيس وطباقات تحتوي على النيكل، مواد مطاطية في الملابس الداخلية
القدمان	الأصباغ في الجواريب والأحذية، الكروم والأصماغ المستخدمة في الأحذية

العلاج:

- التعرف على المادة المحسسة من التاريخ المرضي ويشمل مجال العمل والأدوية المستخدمة وإستخدام المعلومات عن موضع الحساسية ومسبباتها المحتملة.
- إستعمال ضمادات مشبعة بمواد مهدئة للطفح الجلدي ذو الحويصلات أو الترشيح حتى تخف ثم تستعمل دهانات الكورتيزون.
- الدهانات المصنعة من مادة الكورتيزون تبقى أساس العلاج وخاصة في المراحل النشطة للحساسية.
- يختلف تركيز مادة الكورتيزون المستعمل حسب شدة الأعراض والموضع، فمثلاً يستعمل لحساسية الوجه المستحضرات الخفيفة مثل (كلوبيتاسون بيوتاريت Eumovate - Clobetasone Butyrate) ولحساسية اليدين والقدمين الأكثر سماكة مستحضرات أقوى مثل (فلوسينالون أسيتانويد Fluocinolone Acetenoide - Synalar).
- إجراء إختبار لحساسية الجلد وذلك بتعريضه لمواد محسسة شائعة على شكل لزقة للجلد ومن ثم قراءة النتيجة ومعرفة المحسس وتجنبه مستقبلاً فهو أساس العلاج.

إلتهاب الجلد التحسسي المباشر Direct Irritant Contact Dermatitis

هو إلتهاب الجلد نتيجة التعرض لمادة لها تأثير مدمر للطبقة السطحية للجلد.

المسببات:

- قد يحدث الالتهاب بصورة حادة من أول مرة يتعرض فيها الشخص للمادة المحسسة القوية كالمواد الحامضية أو المواد القلوية أو منتجات الأمونيا وتظهر الأعراض بسرعة وفي موقع التماس بين المادة والجلد.
- تظهر الأعراض أحياناً بعد التعرض المتكرر للمادة المحسسة اذا كانت ضعيفة الفاعلية أو التركيز، كما في الأشخاص المصابون بالأتوبيا (الأكزيما) يكونو أكثر عرضة من غيرهم عند التعرض المتكرر للمنظفات أو للقلويات التي تزيل الطبقة الدهنية الواقية على الجلد فتظهر الأعراض.
- تعرض عمال النظافة المستمر للمنظفات.

أعراض المرض:

- تغير لون الجلد إلى الأحمر البني وظهور حويصلات تحتوي على سائل بعد التعرض لمحسس قوي خلال ٦-١٢ ساعة.
- ألم وحكة شديدة.
- شفاء الطفح الجلدي سريعاً اذا لم يتم التعرض للمحسس مجدداً مع عدم ظهور طفح جلدي بعيداً عن مكان الملامسة.
- في الحالات المزمنة يكون الجلد جاف ومتشقق و قابل للإلتهابات البكتيرية الثانوية ويصيب ربات البيوت عادة بسبب تعرضهم المستمر للصابون والمنظفات والماء.

العلاج:

- التعرف على المسببات (المحسسات) وتجنبها، ويتم ذلك بالملاحظة وأخذ تاريخ المرض بدقة.
- إستعمال ضمادات مشبعة بمواد مهدئة للطفح الجلدي ذو الحويصلات أو الترشيح حتى تخف ومن ثم إستعمال دهانات الكورتيزون.
- تستعمل الدهانات الحاوية على مادة الكورتيزون خاصة في المراحل النشطة للحساسية.
- منع المواد المحسسة من الوصول إلى الجلد وذلك بلبس القفازات المصنوعة من الفاينل وليس المطاط وتحتها قفازات خفيفة من القطن لإمتصاص الرطوبة.
- يوصى المصاب باستخدام الدهانات المرطبة بشكل مستمر.

التهاب الجلد والعضل Dermatomyositis:

هو مرض غير شائع يصيب الجلد والعضلات ويتصف باندفاعات حمامية وذمية واعتلال عضلي التهابي مع إصابات وعائية دموية، ويصيب غالباً الأطفال قبل سن العاشرة وقد يصيب الكبار احياناً وخاصة في أعمار ما بين (٤٠ – ٦٠) سنة.

المسببات:

إن السبب الرئيسي في هذه الإصابة غير معروف وقد يكون لأسباب مناعية.

أعراض المرض:

١- **ظهور أعراض التهاب الجلد والعضلات وتشمل:**

- **ظهور هالة حمامية أرجوانية حول العينين وتتصف بتونم الأجفان.**
- **ظهور اندفاعات حمامية حطاطية على الركبتين والمرفقين وعلى سلاميات الأصابع.**
- **ظهور بقع حمامية بنفسجية وسفية متناظرة على النواتىء العظمية وبقع حمامية حول الأظافر مع حدوث توسعات وعائية دموية.**

ومع تقدم المرض يحدث:

- **تغير في لون الجلد.**
- **تصلب نهايات مع تكلسات وتقرحات جلدية.**

٢- **ارتفاع درجة حرارة الجسم.**

٣- **دعث.**

٤- **نقص الوزن وضعف عضلي وخاصة في العضلات الدانية حيث يصعب على المريض الوقوف بعد جلوسه أو يصعب عليه تمشيط شعره.**

سير المرض:

يكون سير المرض مزمناً وقد يكون سريعاً عندما يكون مترافقاً مع الأورام الداخلية.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد إجراء الفحوصات المختبرية والفحص النسيجي لخزعة عضلية، لأن الخزعة الجلدية لا تظهر علامات نوعية وتظهر نتيجة الفحص ما يلي:

- **وجود التهاباً عضلياً.**
- **ارتفاع نسبة الإنزيمات العضلية C PK والترانس امتياز فيه.**
- **ارتفاع معدل الكرياتينين في البول.**

وكذلك يجب البحث عن وجود الأورام المرافقة.

العلاج:

يعطى المريض الستيروئيدات عن طريق الفم وبجرعات كبيرة وقد تعطى كابتات المناعة ومضادات الملاريا، **ويؤدي استئصال الأورام المرافقة إلى تراجع الأعراض في حالة ترافقه معها.**

التهابات الجلد وتسمماته Dermatitis:

يحدث التهاب الجلد الحاد بسبب تعرضه لعوامل مخرشة لها تأثير مباشر على الجلد، **وتزول أعراضه بمنع وصول تأثيراتها عليه، وسميت الأعراض الالتهابية الناجمة عن تناول مادة ما سواء عن طريق الفم أو حقنها في العضلات أو الوريد بتسمم الجلد الدوائي.**

المسببات:

يحدث التهاب الجلد الحاد بسبب تعرضه لعوامل مخرشة خارجية وهي إما أن تكون:

أ-عوامل كيميائية مثل:

- **الحوامض.**
- **القلويات.**
- **الزيوت الطيارة.**
- **أملاح بعض المعادن المستخدمة في الصناعات.**
- **بعض المراهم الجلدية.**

ب- عوامل فيزيائية مثل:

- **التعرض للحرارة العالية.**
- **التعرض لأشعة الشمس.**
- **التعرض لأشعة رونتجن.**

ج- عوامل ميكانيكية مثل:

- **التخريش.**
- **الضغط.**

د- عوامل حيوية مثل:

- **مثل بعض النباتات الحارقة.**

أعراض المرض:

١- ظهور سطوح وردية حمراء وحدوث تونم في منطقة الإصابة.

٢- ظهور بعض الحطاطات أو الحويصلات وحتى فقاعات كبيرة أحياناً فوق المناطق المصابة.

٣- حدوث توسف وتقشر.

٤- إحساس المصاب بحرق وألم مع شعور بالتوتر في مكان الإصابة.

٥- تكون المنطقة المصابة ساخنة بشكل واضح عند الجس.

ويحدث التسمم الجلدي بسبب التأثير السام لبعض المواد التي غالبا ما تكون مواد دوائية بعد دخولها للجسم، بالإضافة إلى فعلها في إثارة التحسس، والأعراض الالتهابية للتسمم الجلدي تكون حادة ومتناظرة التوزع، كما تتأثر فيها الحالة العامة ويكون سيرها أكثر شدة.

وهناك نوع موضعي من التسمم الجلدي يعرف بالاندفاع الجلدي الدوائي الثابت، ويبدو على شكل بقع حمراء بنفسجية حاكة، ذا حدود ثابتة، ويظهر دائماً في نفس المكان إذا عاود المريض تناول المادة المسببة ولكن مساحتها تكبر في كل مرة عن سابقتها.

وأكثر المواد الدوائية إحداثاً للتسمم الجلدي هي:

- مركبات السلفا.
- المضادات الحيوية: في مقدمتها البنسلين ومركباته والستربتومايسين والتتراسايكلين وغيرها.
- البيراميدون.
- الانتيبرين.
- الفنول فتالئين: هي المادة التي تدخل في تركيب معظم الأدوية المستعملة كملينات للأمعاء.
- مركبات البروم والزرنيخ واليود.
- الأدوية التي تستعمل في علاج الحالات النفسية كالمنومات المختلفة مثل اللومينال وغيرها.

العلاج:

- إزالة الألم.

- استخدام علاجات موضعية ملطفة مثل معلق الزنك أو كمادات حامض البوريك وغيرها.
- استخدام مركبات الكورتيزون في الحالات الشديدة.
- استخدام مضادات الهستامين.

التهاب الحالب Ureteritis:

هو التهاب يصيب الحالب وغالباً ما يكون من منشأ زهري.

أعراض المرض:

١- حكة واحمرار أو قيح على فتحة الإحليل الظاهرة.

٢- سيلان.

٣- حرقة أثناء التبول.

٤- ارتفاع بسيط في درجة حرارة الجسم.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد إجراء الفحوصات المختبرية للدم والإدرار لتحديد نوع البكتيريا المسببة لهذا الالتهاب كما يتم تحديد مقاومتها للمضادات الحيوية واستجابتها للعلاج.

العلاج:

يختلف العلاج باختلاف نوع البكتيريا المسببة لهذا الالتهاب، ويكون العلاج بصورة عامة من خلال:

- إعطاء المريض المضادات الحيوية (Antibiotics) للقضاء على البكتيريا.
- الإكثار من شرب الماء والسوائل.

التهاب الحنجرة Laryngitis:

هو مرض يصيب أنسجة الحنجرة أو الصندوق الصوتي.

المسببات:

- استعمال مواد مهيجة مثل التبغ والكحول.
- استنشاق مواد مهيجة.
- الاستعمال غير الملائم للصوت الذي يجهد الحنجرة والحبال الصوتية.

أعراض المرض:

- **انتفاخ أنسجة الحنجرة** (عند بدأ الالتهاب).
- **يصبح المريض أجش الصوت.**
- **يغيب الصوت بشكل مؤقت أحياناً لأن الاحبال الصوتية تصبح سيمكة ولا تستطيع الاهتزاز لإخراج الصوت.**
- **قد يمنع الانتفاخ مرور الهواء عبر الحنجرة** (في الحالات الحادة).

وسائل العلاج:

- **تجنب أي اجهاد للصوت.**
- **الاقلاع عن التدخين.**
- **تجنب شرب الكحول.**
- **الابتعاد عن استنشاق المواد المهيجة.**
- **استعمال الادوية الخاصة لعلاج الحالة حسب ارشاد الطبيب المختص، وتتضمن هذه الأدوية المضادات الحيوية والأدوية المقلصة للأوعية الدموية لتخفيف الاحتقان والانتفاخ.**

التهاب الحويصلات الشعرية Folliculitis:

هو التهاب جلدي حاد قيحي يصيب القسم العلوي من الحويصلة الشعرية الدهنية، **ويظهر بشكل بثور صغيرة يكون في مركز كل منها شعرة، ويغلب حدوث الإصابة عند الرجال بسبب كثافة الشعر في أجسامهم وتعرضها للاحتكاك الدائم وخاصة شعر الذقن والفخذين وشعر فروة الرأس.**

التهاب الخشاء Mastoiditis:

الخشاء هو الجزء الناتئ من الأجزاء الخمسة في العظم الصدغي في الجمجمة، **ويقع على جانب الجمجمة خلف الأذن مباشرة، ويمكن أن يشعر بها المرء في المنطقة الصلبة خلف الأذن وتحتها مباشرة.**

وهي عظمة مسامية، مثل الاسفنج وتسمى المسام أو الأماكن المجوفة بخلايا الخشاء، وهي تختلف اختلافاً كبيراً في الحجم والعدد من شخص الى آخر، **وتتصل**

بتجويف أكبر وغير منتظم الشكل يسمى التجويف أو التجويف الطبلي، الذي يفتح في الأذن الوسطى، ويمتد الغشاء المخاطي للأذن الوسطى في التجويف الطبلي وخلايا الخشاء، وتنتشر اصابات مرض خلايا الخشاء بالعدوى، وتعرف هذه الإصابة بالتهاب الخشاء.

المسببات:

يمكن أن يحدث الالتهاب الخشائي من التمخط بطريقة خاطئة، فاذا أغلقت فتحتي الأنف عند التمخط، فإن الميكروبات ستدفع بقوة من الحلق الى داخل القنوات السمعية التي تصل الجزء الخلفي من الأنف بالأذن الوسطى.

أعراض المرض:

يمكن أن يكون التهاب الخشاء خطيرا، لأن خلايا الخشاء قريبة من أعضاء السمع ومن أعصاب مهمة ومن لحاء المخ ومن الوريد الوداجي، فإصابة الخشاء بالعدوى يمكن أن تنتقل الى هذه الأعضاء أيضاً

العلاج:

يمكن معالجة التهاب الخشاء بالمضادات الحيوية، ولكن الحالات الخطيرة قد تحتاج الى تداخل جراحي.

التهاب الدماغ السباتي (مرض النوم):

هو مرض يهاجم الجهاز العصبي وينتج عنه غالباً نوم طويل يصعب التحكم فيه، وعادة ما ينتهي المريض بالوفاة إذا لم يعالج، وينتشر هذا المرض في أفريقيا ولذا يسمى أيضاً (مرض النوم الإفريقي أو داء المثقبيات الأفريقي) وهو مرض يصيب الإنسان والحيوان.

المسببات:

يسبب المرض نوع من الطفيليات وحيدة الخلية تسمى المثقبيات وهي ذات شكل دودي ولها زائدة طرفية تسمى السوط، وهناك نوعين من المثقبيات (المثقبيات الروديسية) و (المثقبيات الجامبية) وتنتقل العدوى عن طريق ذبابة التسي تسي، حيث تصاب الذبابة بالمثقبيات من دم شخص أو حيوان مصاب أثناء تغذيتها، وتتكاثر المثقبيات داخل معدة الحشرة وتنتقل إلى الغدد اللعابية ويصاب الإنسان بالعدوى عندما تلدغه الحشرة.

أعراض المرض :

تتباين سرعة تطور الأعراض طبقاً لنوع المثقبية المسببة له، فالمثقبيات الروديسية تسبب أعراضاً تتقدم بسرعة تفوق التي تسببها المثقبيات الجامبية.

وتشمل أعراض مرض النوم:

- ارتفاع شديد في درجة حرارة الجسم وقشعريرة.
- صداع.
- تورم الغدد الليمفاوية.
- طفح جلدي.
- الشعور بالضعف والوهن.

وتتطور الإصابة في الحالات الحادة لتشمل إصابة الجهاز العصبي المركزي مسببة نوماً يتعذر التحكم فيه تتبعه غيبوبة ثم الوفاة.

العلاج:

هناك أنواع من الأدوية تستخدم للتحكم في مرض النوم ومن المفروض البدء بالغلاج في المراحل المبكرة من المرض حيث تكون فرص الشفاء أسرع، أما علاج هذا المرض في الحالات المتأخرة بعد إصابة الجهاز العصبي فيكون اقل نجاحاً.

وما تزال الدراسات والبحوث جارية في إيجاد وسائل عدة للتحكم في مرض النوم، وتبذل جهود كبيرة في السيطرة على هذا المرض منها مكافحة ذبابة التسي تسي عن طريق المبيدات في بعض أجزاء أفريقيا، واستخدام الإشعاع لتعقيم ذكور ذباب التسي تسي لتصبح عاجزة عن التكاثر.

إلتهاب الرحم Hysteritis، Metritis، Uteritis :

هو التهاب يصيب الرحم ويكون أما حاداً أو مزمناً.

المسببات:

١- إصابة الغشاء المخاطي الموجود في الرحم بالعدوى.

٢- الإصابة بالتدرنات العضوية في الجسم.

٣- الإصابة بأمراض الكليتين.

٤- الإصابة بأمراض القلب.
٥- الإصابة بالأمراض الزهرية.
٦- الإصابة بفقر الدم.
٧- التعرض للإجهاض.
٨- تعرض الرحم لعملية خارجية ما.
٩- قد يكون سبب الالتهاب حالة معقدة من حالات الحمى القرمزية.
١٠- المقارنات الجنسية (الجماع) القائمة على عدم القذف.
١١- الإفراط في تناول الأطعمة الدسمة الغنية باللحوم لأن هذا النوع من الأطعمة يزيد من حموضة الدم مما يؤدي إلى نمو البكتيريا التي تحدث التهاباً في الرحم.

أعراض المرض:

١- عدم انتظام أوقات الحيض (اضطراب الدورة الشهرية).
٢- ظهور خراجات (قيح) بيضاء اللون مائلة إلى الصفرة.
٣- حدوث نزف الدم بين وقت وآخر خارج أوقات الحيض.
٤- الشعور بالألم والضغط الشديد في منطقة أسفل البطن.
٥- الشعور بثقل في المعدة.
٦- الصداع الشديد.
٧- الغثيان والتقيؤ.
٨- اضطراب الحالة النفسية وحدة المزاج.

وفي حالات الالتهاب الحاد:

١- ترتفع درجة حرارة الجسم.
٢- ينتفخ الرحم ويصبح على درجة شديدة من الحساسية.

التهاب الزائدة الدودية Appendicitis:

هو مرض يصيب الزائدة الدودية نتيجة عدوى تسببها البكتريا فتنمو وتكاثر فيها مسببة تجمع بعض السوائل التي ترتفع الضغط فيها مما يؤثر هذا الضغط على الأوعية الدموية المغذية.

نوع إلتهاب الزائدة الدودية:

١- إلتهاب الزائدة المزمن:

هو إلتهاب يصيب الزائدة الدودية ويكون غير بالغ الشدة ويستمر لعدة سنوات، ينتج عنه خلال ذلك مضايقات خفيفة، وتعالج هذه الحالة عادة بالمضادات الحيوية.

٢- إلتهاب الزائدة الحاد:

يكون الالتهاب شديداً نتيجة لاجتياح الجراثيم المرضية للزائدة الدودية وتكاثرها بشكل سريع، ويسبق هذا الالتهاب إصابة المريض بالإمساك قبل يوم أو يومين من بدء الأعراض الشديدة.

أعراض المرض:

يحدث للمريض جميع أعراض التسمم العام وهي:

- ألام حاد يبدأ في منطقة السرة، ثم يتحول إلى المنطقة الحرقفية اليمنى ويزداد مع الحركة، ويكون غير مستمراً في البداية، إذ يشتد ويخف، ثم ما يلبث أن يستمر، فيصاب الموضع الخارجي بالحساسية عند لمسه.
- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.
- تسارع النبض.
- تقلص عضلات البطن.
- حدوث ضيق في التنفس.
- غثيان وتقيؤ.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال الفحص السريري للمريض وظهور الأعراض المرضية السابقة الذكر، ويظهر قياس الدم زيادة في عدد كريات الدم البيضاء.

المضاعفات:

١- حدوث خراج (قيح) Abscess في الزائدة الدودية.

٢- التهاب الغشاء البريتوني نتيجة لانفجار الزائدة الدودية الملتهبة وانتشار الجراثيم داخل البطن، ويتسبب ذلك في التهاب الغشاء المبطن لتجويف البطن (التهاب الصفاق).

٣- تلوث الدم بالجراثيم المنتشرة.

العلاج:

من المهم جداً امتناع الشخص الذي تظهر عليه أعراض التهاب الزائدة الدودية، **عن تعاطي أي نوع من الملينات أو المسهلات، كزيت الخروع، فتسبب هذه الأدوية انفجارها، وتلويث البطن بالجراثيم، والعلاج المألوف لالتهاب الزائدة الدودية الحاد، هو ازالتها بعملية جراحية، تعرف بعملية استئصال الزائدة الدودية** (Appendectomy).

ويوصف للمريض بعد إجراء العملية المضادات الحيوية لمنع إصابة الجرح بالالتهاب، **ويلتئم الجرح بعد مرور خمسة أيام من العملية الجراحية حيث يستطيع المريض أن يمارس حياته العادية بشكل تدريجي.**

وفي الحالات الخفيفة قد تلتئم الالتهابات تلقائياً وقد تعود بعض أعراض الالتهاب مرات عديدة.

التهاب الصفاق Peritonitis:

هو مرض يصيب غشاء الصفاق (البريتون) الذي يبطن التجويف البطني، **وهو من الأمراض الخطيرة التي قد تفضي الى الموت، ويلتهب الصفاق اذا ما هاجمته البكتريا أو اذا أثاره جسم أو مادة دخيلة غريبة عليه، ويكون التهاب الصفاق أما حاداً أو مزمناً.**

المسببات:

يشيع التهاب الصفاق المزمن عند المرضى المصابين بالتدرن، **ويستمر زمناً طويلاً أما الالتهاب الحاد فيحدث على نحو مفاجئ من جراء غزو بعض أنواع البكتريا التي تتفلت من بعض أعضاء الجسم، كالقناة الهضمية، أو قناتي فالوب أو البنكرياس، ومن شأن هذه البكتريا الافلات من عضو ما** - الزائدة الدودية مثلاً - **اذا كان هذا العضو قد غزته الجراثيم غزواً كبيراً الى درجة ينثقب فيها هذا العضو، وقد يحدث ذلك عقب بعض الحالات المرضية الخاصة مثل موات المعي، أي الغنغرينا، أو تلف الأحشاء، أو إصابة البنكرياس بالجراثيم.**

أعراض المرض:

ومن أعراض التهاب الصفاق الحاد:

- **الحمى والقشعريرة.**

- التقيؤ.
- الشعور بآلام حادة في منطقة البطن، ثم تنتفخ البطن وتصير صلبة قاسية.
- تسارع النبض.
- يظهر فحص الدم المختبري تزايد عدد كريات الدم البيضاء.
- قد يتسبب التهاب الصفاق المزمن في جعل الأنسجة تنمو داخل بعضها مما يؤدي الى عدم قيام الأمعاء بوظيفتها على الوجه الصحيح.

العلاج:

يقتضي مرض التهاب الصفاق العناية الطبية الفورية، وتستخدم المضادات الحيوية وبعض العقاقير الأخرى في علاج أي اصابة بهذا المرض، أو لتخفيف الآلام الناتجة عنه.

أما اذا انثقب العضو فجأة فيجب اجراء عملية جراحية على وجه السرعة لاغلاق الثقب، ولتجفيف المكان المصاب بالالتهاب وتنظيفه.

التهاب الصوارين (القويطات) Perleche:

وهو من الأمراض الجلدية البكتيرية، وهو شكل خاص من أشكال القوباء، وتقع الإصابة في زوايا الفم، وتتقرح هذه الإصابة وتظهر فيها شقوق عميقة مؤلمة بسبب تعرضها للرضّ المستمر بحركة الشفتين أثناء الكلام أو الطعام.

المسببات:

تحدث العدوى به بسبب التماس المباشر مع الشخص المصاب حيث ينتقل المرض أثناء التقبيل واستخدام أواني الطعام والأدوات الملوثة وغيرها.

العلاج:

- يحافظ على نظافة المنطقة المصابة.
- تستخدم دهانات مرطبة ومضادة للالتهاب.

التهاب العظام Osteitis، Ostitis:

هو مرض يصيب العظم ونخاع (نقي) العظم (مادة هلامية في وسط العظام).

المسببات:

يسبب هذا المرض نوع من البكتريا تسمى "البكتريا العنقودية الذهبية"، ويمكن أن تحدث الاصابة في حالة أصابة الانسان بكسر مركب، ففي مثل هذه الكسور، يمكن أن يتعرض نخاع العظام للهواء الحاوي على الجراثيم.

وفي حالات أخرى ينقل الدم الجرثوم من دمل، أو من لوزتين مصابتين، أو من أي مصدر آخر للخمج في الجسم الى نخاع العظام.

أعراض المرض:

- الحمى والقشعريرة.
- ألم في منطقة العظم المصاب.
- الغثيان

العلاج:

يعالج هذا المرض عادة بإعطاء المريض المضادات الحيوية، وقد يكون إجراء النزح الجراحي ضرورياً أحياناً، ويؤدي التأخر في العلاج إلى حدوث قصر العظم محدثاً تشوهاً فيه.

التهاب العقد الليمفاوية Lymphadenitis:

هو التهاب يصيب العقد الليمفاوية بسبب وصول عامل ممرض إليها، مما يؤدي إلى تضخم حجمها، وقد يكون التهاب العقد الليمفاوية حاداً أو مزمناً نوعياً أو غير نوعي.

أعراض المرض:

١- احتقان العقد الليمفاوية.

٢- الشعور بألم شديد في المنطقة المحتقنة.

٣- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٤- ضعف عام.

٥- قد يوجد سبب بعيد يبين مكان دخول البكتيريا مثل وجود جرح في القدم أو في مكان آخر في الجسم.

٦- قد يتحول الاحتقان إلى تجمع صديدي.

٧- العلاج.

يتم العلاج باستخدام الأدوية من نوع المضادات الحيوية لعلاج الالتهاب.

التهاب الغدد العرقية المتقيح Hidradentis Suppurativa:

هو التهاب يصيب الغدد العرقية، ويسمى بالعامية (عروسة الإبط) نظراً لأن أكثر الأماكن إصابة به هي الغدد العرقية تحت الإبطين وهي من الغدد المفرزة والتي تنمو في سن البلوغ، **ولذلك تندر الإصابة بهذا المرض عند الأطفال، وهي كثيرة النكس، ويشبه سيرها سير الدمل، ولذلك فقد يحتاج الأمر إلى إجراء جرف جراحي للغدد العرقية في حال تكرار النكس وتحوله إلى التهاب مزمن.**

التهاب الغشاء الأنفي Rhinitis:

هو مرض يصيب الغشاء المخاطي المبطن للأنف.

المسببات:

ينتج هذا المرض عن أمراض أخرى مثل العدوى والحساسية، **وأسباب أخرى غير معروفة، وغالباً ما يصاحب الاصابة بالبرد والأمراض الرشحية الأخرى، وهناك حالات منه تنتج عن الإصابة بحمى القش.**

أعراض المرض:

- **زيادة انتاج المخاط الأنفي مما يؤدي الى صعوبة في التنفس عن طريق الأنف.**
- **قد تؤدي بعض الحالات المزمنة منه إلى ازدياد سمك الأغشية المخاطية أو تهتكها.**

العلاج:

يزول المرض بازالة المسبب، ويعالج بالمضادات الحيوية والأدوية المخففة للتورم في الاغشية المبطنة للانف وتقلل هذه الأدوية من سيولة السائل المخاطي واحتقان الانف.

التهاب الغشاء البلوري (ذات الجنب) Pleurisy:

كثيراً ما يتعرض الغشاء البلوري الملتصق بسطح الرئة للإصابة بالأمراض لأن الالتهاب الذي يؤثر على نسيج الرئة كثيراً ما ينتشر إلى الخارج مسبباً الإصابة لهذه الطبقة.

المسببات:

١- الإصابة بالالتهاب الرئوي المنتقل للغشاء البلوري (التدرن الرئوي).

٢- التهاب الرئتين نتيجة الإصابة بالتهاب القصبات الهوائية (النزلات الشعبية) (Bronchitis) والالتهاب الرئوي (Pneumonia).

٣- العدوى من الإصابة بالتهاب الحجاب الحاجز.

٤- الإصابة بأمراض الدم الجرثومية الحادة.

٥- الإصابة بالسرطانات الرئوية.

أعراض المرض:

١- ألم حاد واخز في منطقة الصدر يشعر به المريض في كل مرة يحدث فيها التنفس.

٢- صعوبة في التنفس.

٣- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

إن التغيرات التي تحدث في نوبات الالتهاب البلوري الخفيفة تسبب احمراراً وخشونة في طبقتي الغشاء البلوري، وهذه الخشونة تمنع طبقتي الغشاء من الانزلاق على بعضها بالشكل الطبيعي، مما يسبب الألم الحاد الذي يشعر به المريض في كل مرة يتنفس بها بسبب امتلاء الرئة بالهواء.

أما في نوبات الالتهاب الشديدة (الخطيرة) فإن هذه الأغشية تسكب سائلاً أصفراً فاتح اللون يتجمع بين الطبقتين الجدارية والأحشائية، ويدعى هذا السائل بالانسكاب البلوري (Pleural Effusion)، فإذا كان الانسكاب البلوري كبيراً جدا فإنه سيحتل جزءاً كبيراً من التجويف الصدري مسبباً الضغط على الرئة وإيقافها عن العمل، وهذا هو سبب خطورة هذه الإصابات.

التشخيص:

تشخص الحالات الخفيفة من التهاب الغشاء البلوري بعد الفحص السريري للمريض حيث يتمكن الطبيب من سماع صوت احتكاك الأغشية البلورية بعضها ببعض بواسطة السماعة.

أما في الحالات الخطيرة فإن تشخيص تلك الحالة يتم بواسطة فحص الصدر

بالأشعة السينية (Chest X- Ray).

العلاج:

يتضمن علاج النوبات الخفيفة لالتهاب الغشاء البلوري التي لا يصحبها سبب ما الخطوات الآتية:

١- إعطاء المريض المضادات الحيوية.

٢- الراحة التامة في الفراش لحين الشفاء وعدم إجهاد الجسم.

٣- استنشاق الهواء النقي من خلال توفير التهوية الصحية.

٤- الاهتمام بالغذاء الصحي الذي يحتوي على كافة العناصر الغذائية الضرورية للجسم وخاصة الفيتامينات.

أما علاج النوبات الأكثر خطورة والتي تكون مصحوبة بإصابة الرئتين فيتجه إلى معالجة الحالة المرضية للرئتين وعندما تشفى فإن حالة الغشاء البلوري تتحسن تلقائياً.

وفي الحالات التي يوجد فيها الانسكاب البلوري فإن هذا الانسكاب يبزل جراحياً، **حيث يسحب السائل المتجمع بين طبقتي الغشاء البلوري إلى الخارج بعملية تدعى** (البزل الجراحي) **ويجب أن تتم هذه العملية قبل أن يتماثل المريض إلى الشفاء تماماً.**

إلتهاب الفرج Aidoiitis، Vulvitis:

هو إلتهاب يصيب الفرج وقد يكون مزمناً إذا كان الالتهاب متأصلاً منذ وقت طويل، أو يكون حاداً إذا كان الالتهاب منذ وقت قصير.

المسببات:

١- نمو وتكاثر الطفيليات التي تعيش في عضو المستقيم.

٢- استعمال الحاملات الرحمية.

٣- حدوث عدوى في الغشاء المخاطي الموجود في الفرج.

٤- الإصابة بفقر الدم، أو ضعف البنية وهزالها.

٥- ممارسة العادة السرية بكثرة.

ويتطور الالتهاب الحاد في هذا العضو مسبباً التهاباً رحمياً.

أعراض المرض:

١- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٢- الشعور بأوجاع محرقة وآلام شديدة.

٣- الشعور بضغط شديد وألم في المستقيم.

٤- خروج سيلان بشكل قيح أصفر اللون ضارب إلى الخضرة.

٥- حدوث تخرش في منطقة الفرج، كما تتخرش جدران الفخذين أيضاً مما يسبب التسلخ.

٦- انحلال عام في القوى والشعور بالتوعك الجسمي والنفسي.

٧- يصبح الغشاء المخاطي متصلباً في حالة الالتهاب الحاد، أما إذا كان الالتهاب مزمناً فلا يكون هذا الغشاء متصلباً.

المضاعفات:

يتطور هذا المرض فيصبح التهاباً مزمناً إذ أن الأعراض تتركز في الفرج ويقتصر على سيلانات صفراء اللون مخضرة.

العلاج:

يتم علاج هذا الالتهاب بالأدوية المضادة للطفيليات والفطريات، ويجب تحديد الأسباب التي أدت إلى الإصابة وتجنبها، مع المحافظة على النظافة التامة للمنطقة المصابة.

التهاب القصبات الهوائية Bronchitis:

هو التهاب يصيب الغشاء المخاطي المبطن للقصبات الهوائية ويكون حاداً أو مزمناً.

العوامل المساعدة:

١- التعرض للبرد أو التغير المفاجئ في حرارة الجو.

٢- التدخين.

٣- استنشاق الغبار.

٤- العدوى بالبكتيريا أو الفايروسات المحمولة هوائياً باستنشاق الهواء الملوث.

المسببات:

التعرض لغزو البكتيريا من نوع المكورات السبحية (الستربتوكوكاس) (Streptococcus).

أعراض المرض:

١- سعال حاد مصحوب بالبلغم.

٢- الشعور بضيق في التنفس.

٣- حدوث الصفير مع التنفس.

٤- صداع.

٥- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

العلاج:

١- استعمال المضادات الحيوية (Antibiotics).

٢- توفير الراحة التامة للمريض.

٣- استعمال الأدوية المسكنة للآلام والأدوية الخافضة للحرارة كالباراسيتامول.

التهاب القولون Colitis :

هو التهاب يصيب القولون وينتج عنه هيجان القولون أو أجزاء أخرى من المعي الغليظ.

أنواع التهاب القولون:

١- التهاب القولون التقرحي.

٢- التهاب القولون الاميبي.

٣- التهاب القولون المخاطي.

المسببات:

- **التوتر العصبي والعوامل النفسية الاخرى.**
- **شرب المياه الملوثة وتناول الاطعمة الملوثة.**

أعراض المرض:

- **الاسهال الحاد.**

- ارتفاع درجة حرارة الجسم.
- نزف المستقيم.
- تنشأ التقرحات على بطانة القولون محدثة جروحاً (عندما تزداد حدة الالتهاب).

العلاج :

يعالج التهاب القولون ببعض الأدوية المضادة للبكتريا المسببة للالتهاب بعد تشخيصها وتحديد نوعها مختبرياً ولا يحدث – في معظم الحالات – التداخل الجراحي ما لم يحدث ثقب بسبب التقرحات.

وسائل العلاج:

العلاج يكون بالأدوية المضادة للالتهاب مثل (سالفاسالازين) أو (ميسالازين) وحبوب ستيرويد. أحيانا يحتاج المريض الى أدوية أقوى للتحكم في جهاز المناعة مثل (ازاثيوبراين). معظم المرضى يستطيعون السيطرة على الأعراض ويعيشون حياتهم بصورة طبيعية، لكن القليل جدا من المرضى ربما لا تنفع معهم الأدوية ويكون العلاج في هذه الحالة بالجراحة لاستئصال القولون

التهاب القولون التقرحي Ulcerative Colitis:

هو مرض يصيب الأمعاء الغليظة (القولون) فقط، ويصيب هذا المرض بطانة الأمعاء الغليظة وغالباً ما تكون الإصابة في الجزء السفلي من الأمعاء الغليظة، وينتج عنه تقرحات البطانة، ويشتكي المريض في أغلب الأحيان من إسهال مصحوباً بخروج الدم مع البراز.

المسببات:

إن الأسباب الرئيسية لهذا المرض ليست مؤكدة بعد، وهناك نظريات كثيرة في مسببات هذا الالتهاب منها:

١- الإصابة بالتهاب بكتيري أو فيروسي غير معروف حتى الآن ولا زالت الأبحاث الكثيرة جارية في هذا المجال.

٢- التغيرات الوراثية حيث تكون بطانة الأمعاء مهيئة للإصابة بهذا المرض.

٣- الحالة النفسية للمريض التي ينتج عنها ضغط نفسي وتؤثر بدورها على بطانة الأمعاء الغليظة.

٤- في السنوات القليلة الماضية انصب الاهتمام على تغيرات في جهاز المناعة ينتج عنها مضادات حيوية تقوم بمهاجمة بطانة الأمعاء الغليظة وينتج عن هذه التغيرات التقرحات والالتهابات السالفة الذكر.

أعراض المرض:

يبدأ هذا المرض عندما تهاجم المناعة الذاتية خلايا القولون وتسبب التهابه فتظهر الأعراض التالية:

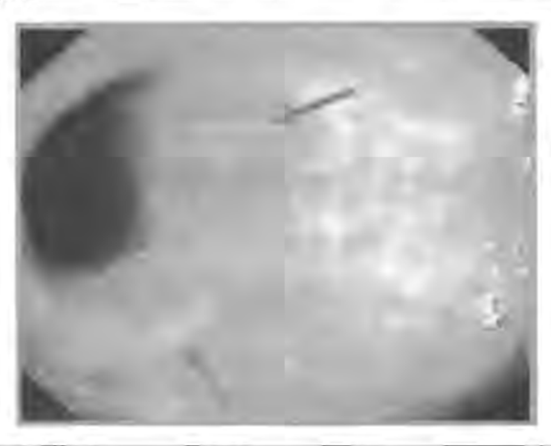
- وجود الدم في براز المريض: **ينتج هذا النزيف عن التهابات شديدة تتعرض لها بطانة الأمعاء الغليظة.**
- إسهال: **يكون إما ناتجاً عن التهاب في نهاية الأمعاء الغليظة وينتج عنه تكرار مرات التبرز، أو يكون ناتجاً عن التهابات في البطانة الداخلية للقولون ويكون الإسهال ناتج عن عدم قدرة القولون على امتصاص الماء والأملاح.**
- **آلام في أسفل البطن وانتفاخ.**

شدة المرض:

تصنف شدة المرض اعتماداً على شكوى المريض وشدة الالتهابات والتقرحات في الأمعاء الغليظة إلى خفيف أو متوسط أو شديد، **وفي الحالات الشديدة يكون الإسهال شديد والتقرحات منتشرة في الأمعاء الغليظة، وترتفع درجة حرارة المريض ويشعر بالإرهاق الشديد، وفي هذه الحالات يقوم الطبيب المعالج بإدخال المريض إلى المستشفى للملاحظة الدقيقة والعلاج المركز، وقد يصاحب المرض في بعض الأحيان احمرار في العينين وآلام في المفاصل وقصور في النمو عند الأطفال وفقدان للشهية والضيق والضجر.**

التشخيص:

يتم تشخيص هذا المرض عن طريق الفحص السريري وإجراء التحاليل المختبرية وتحاليل البراز، **ويعتبر منظار القولون أهم التحاليل التي تمكن الطبيب المعالج من أخذ عينة من بطانة الأمعاء وفحصها تحت المجهر، كما تساهم الأشعة الملونة في تشخيص هذا المرض.**



صورة بالمنظار لقولون مصاب بالإلتهاب التقرحي تظهر فيها التقرحات السطحية في جدار القولون والمغطاة بقيح وإفراز (السهم الأحمر)

العلاج:

تعالج حالات تقرحات القولون بـــ:

١- **الراحة في السرير أثناء حدة المرض.**

٢- **تناول غذاء عالي البروتين والسعرات الحرارية وخالي من الألياف، وفي بعض الأحيان يمنع الطعام أثناء حدة المرض، وفي الحالات الحادة يعطى المريض السوائل عن طريق الوريد.**

٣- **يعطى المريض الأدوية التي تلعب دوراً كبيراً في العلاج وأهمها السلفاسالازين (Sulfasalazine) والكورتيزون (Cortisone).**

وهناك أبحاث كثيرة تؤكد على أهمية السلفاسالازين (Sulfasalazine)، في الحد من الانتكاسات التي يتعرض لها المريض بعد الشفاء من الحالة الحادة.

وقد اكتشفت علاجات جديدة تستخدم لعلاج هذا المرض أهمها آسيكول (Asacol) وهذه الأدوية خالية من مادة السلفا التي قد تؤدي إلى ظهور طفح جلدي على المرضى الذين لديهم حساسية لمادة السلفا.

وتلعب الجراحة دوراً في العلاج ففي الحالات الحادة غير المستجيبة للعلاج يقوم الجراح باستئصال القولون وتوصيل الأمعاء الدقيقة بالمستقيم (نهاية القولون).

ويعتبر تقرحات القولون من الأمراض المزمنة **ويكون مصحوباً بانتكاسات والأدوية المستخدمة تقوم بالتقليل من هذه الانتكاسات.**

التهاب الكبد Hepatitis:

هو التهاب يصيب الكبد ويكون على نوعين:

أ- التهاب الكبد الحاد Acute Hepatitis:

يحدث نتيجة لإصابة الكبد بأحد الفيروسات التالية:

١- فايروس نوع A: **ويسبب نوعاً من التهاب الكبد الحاد، ينتقل عن طريق الفم بواسطة الطعام والشراب الملوث، وتبلغ فترة الحضانة لهذا الفايروس (٢-٦)** أسابيع، **وهذا النوع من الفايروس لا يسبب التهاباً مزمناً في الكبد ويتم الشفاء منه بعد أخذ العلاج اللازم.**

٢- فايروس نوع B: وهذا النوع خطير لأنه يسبب التهاب الكبد المزمن في معظم الحالات، وتبلغ فترة الحضانة لهذا الفايروس من شهر إلى ستة أشهر، وبعدها تظهر العلامات المرضية التي تشبه أعراض التهاب الكبد الحاد من نوع فايروس A وتزيد عنها بظهور طفح جلدي حاد وآلام في المفاصل الكبيرة وحدوث التهاباً حاداً في الكلى.

٣- فايروس Non A Non B: تبلغ فترة الحضانة لهذا الفايروس من (١-٤) أشهر، **وينتقل بشكل رئيسي عن طريق تلوث الحقن بهذا الفايروس، بالإضافة إلى حدوثه في عمليات نقل الدم لذلك يتم فحص الدم في مختبرات نقل الدم.**

عراض المرض:

١- ظهور اليرقان: **ويستمر من أسبوعين إلى ستة أسابيع.**

٢- تغير لون البول إلى لون غامق.

٣- يصبح البراز أبيض اللون.

٤- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٥- غثيان وتقيؤ.

٦- الإحساس بالألم أو الانزعاج في منطقة الكبد.

٧- فقدان الشهية ونقص الوزن مع ضعف عام وفتور.

إن إلتهاب الكبد الحاد ينتج عن توطن الفيروس في الكبد وتكاثره بصورة سريعة مما ينتج عنه إنتفاخ وتمزق لجدران الخلايا الكبدية وكذلك يحدث إنتشار وبصورة مكثفة لكريات الدم البيضاء بأنواعها المختلفة في أنحاء الكبد المختلفة للحد من شدة إنتشار الفايروس، ويستمر هذا الإلتهاب عادة لفترة قصيرة من الزمن.

ومن الجدير بالذكر أن إلتهاب الكبد الحاد غالباً لا يؤدي إلى تلف مزمن كما هو الحال في الإلتهاب الكبدي المزمن، **حيث إن أكثر من ٩٥% من المصابين يشفون تماماً ويستعيد الكبد وظائفه وقد يصاب ٥% من المصابين بهبوط حاد في الكبد** (نتيجة الالتهاب) **يؤدي إلى توقفه تمامـــاً عن العمل، وهذا بدوره يؤدي إلى إضطراب في الجهاز العصبي وبدرجاته الشديدة يؤدي إلى الغيبوبة الكبدية التي تؤدي عادة إلى الوفاة.**

التشخيص:

١- **إجراء فحص لوظائف الكبد** Alkaline Phosphatease، (SGOT).

٢- **إجراء الفحوصات المختبرية: حيث يتم الكشف فيها عن العامل** (HBSAG) **للفايروس نوع** A.

الوقاية:

- **المحافظة على النظافة التامة وعدم تناول الأطعمة الملوثة.**
- **يوجد لقاح مضاد لالتهاب الكبد الفايروسي من نوع A وB ويعطى هذا اللقاح بثلاث جرعات على شكل حقن، ويؤمن هذا اللقاح حماية أكيدة من الإصابة بالتهاب الكبد الفايروسي.**

العلاج:

- **توفير الراحة التامة بسبب شعور المريض بالتعب الشديد والإرهاق وخاصة في الأسبوعين الأولين لظهور المرض حيث تكون الأعراض شديدة.**
- **إعطاءه السوائل.**
- **توصف الفيتامينات للمريض من أجل دعم الحالة الصحية العامة له.**
- **الامتناع عن تناول الدهون لعجز الكبد عن إفراز المواد التـــي تساعد على هضمها** (العصارة الصفراء).

ب- التهاب الكبد المزمن Chronic Hepatitis:

هو التهاب يصيب الكبد ويستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر ويحدث بعد الإصابة بالتهاب الكبد الفايروسي نوع B كأحد مضاعفاته، ويصيب جميع أجزاء الكبد مسبباً عجزه عن القيام بوظائفه وفي النهاية يؤدي إلى تليف الكبد.

أعراض المرض:

١- آلام حادة في البطن.

٢- فقر الدم والشعور بالنحول والضعف والوهن والإرهاق المزمن.

٣- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٤- تضخم الطحال أحياناً.

٥- حدوث التهابات معوية مزمنة.

٦- آلام في المفاصل.

٧- طفح جلدي.

٨- إضطرابات في الجهاز العصبي.

٩- إصفرار في العين و الجسم (يرقان).

١٠- إضطراب في الجهاز الهضمي.

ومن الجدير بالذكر أن كثير من المرضى إلتهاب الكبد الحاد والمزمن لا يشتكون من أي أعراض جانبية، وكذلك فإن الأعراض المختلفة للكبد لا تعتبر مقياس دقيق لنسبة تدهور وظائف الكبد.

التهاب الكبد الفايروسي Viral Hepatitis :

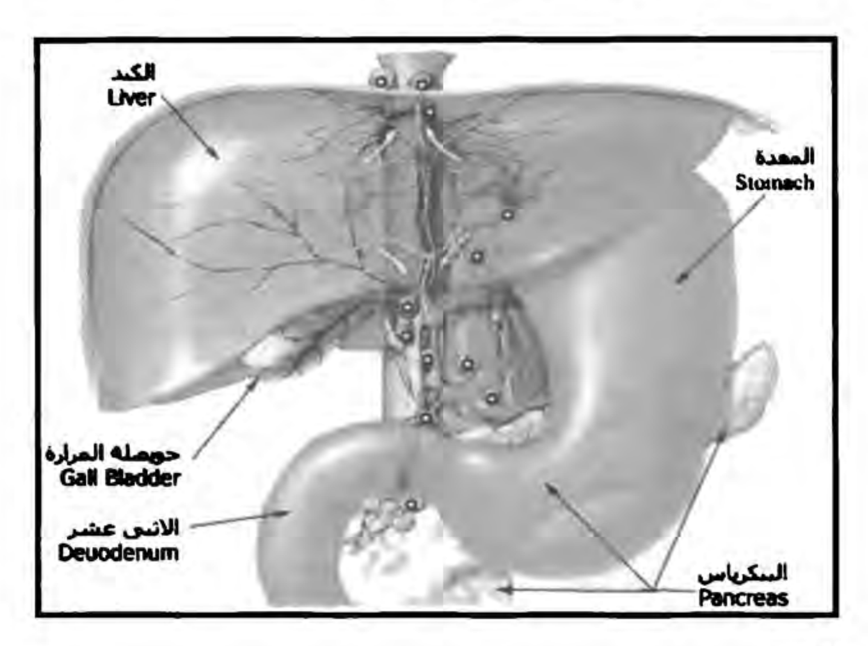
هو مرض يصيب الكبد، ويعتبر التهاب الكبد الفايروسي من أهم الأمراض التي تصيب كبد الإنسان، **إذ يصيب الفايروس الكبدي خلية الكبد وعندها لا تستطيع القيام بوظائفها وعليه تقوم الخلايا السليمة المتبقية بعمل الجزء الأكبر من الوظائف المطلوبة ولذلك تتأثر سلباً جميع وظائف الجسم بعد حدوث هذا الإلتهاب.**

أنواع التهاب الكبد الفايروسي:

١- التهاب الكبد الفايروسي (أ) أو المعدي Hepatitis A.

٢- التهاب الكبد الفايروسي (ب) أو المصلي Hepatitis B.

٣- التهاب الكبد الفايروسي (ج) Hepatitis C.



المسببات:

- **الإصابة بأحد أنواع الفايروسات المسببة لالتهاب الكبد الفايروسي.**
- **تأثير بعض الأدوية التي من الممكن أن تسبب إلتهابات في الكبد.**
- **الإلتهابات المناعية.**
- **يمكن أن يكون التوتر العصبي والعوامل النفسية الاخرى والمياه الملوثة وكذلك الاطعمة الملوثة بالفايروسات من ضمن مسببات هذا المرض.**

أعراض المرض:

- **ضعف عام وفقدان الشهية.**
- **الغثيان والتقيؤ.**
- **اليرقان واصفرار الجلد والانسجة.**

التشخيص:

١- إجراء فحص لوظائف الكبد (Alkaline Phosphatease)، (SGOT).

٢- إجراء الفحوصات المختبرية: حيث يتم الكشف فيها عن العامل (HBSAG) للفايروس نوع A.

ويطلق مسمى وظائف الكبد على فحوصات الدم (Liver Function Tests) ومختصرها LFTS وتشمل ما يلي:

أ- مستوى الصفراء في الدم Bilirubin.

ب- مستوى البروتينيات والألبيومين Total protein & Albumin.

ج- مستوى أنزيمات الكبد مثل AST، ALT، ALP، GGT.

إن ارتفاع مستوى الأنزيمات يدل على وجود خلل ما في الكبد أو في القنوات الصفراوية، ولكنها لا تدل على قدرة الكبد الوظيفية، وعندما تكون هذه الأنزيمات طبيعية فليس بالضرورة أن تكون الكبد سليمة.

التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (أ) Hepatitis A :

فايروس التهاب الكبد الوبائي (أ) شديد العدوى ويكون أحيانا مميت، ويصيب الفيروس ما يقارب ١,٤ مليون إنسان على مستوى العالم كل سنة.

المسببات:

يتواجد الفايروس في خروج الأشخاص المصابين بالتهاب الكبد الوبائي (أ)، وتنتشر العدوى عادة من شخص إلى آخر، أو تتم الإصابة عن طريق الأكل والشرب الملوثين بهذا الفايروس من شخص مصاب به.

أعراض المرض:

١- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٢- غثيان وتقيؤ.

٣- فتور ونحول شديد وضعف عام أو إعياء.

٤- فقدان الشهية للطعام ونقص الوزن.

٥- الإحساس بالألم أو الانزعاج في الجزء الأيمن العلوي من البطن.

٦- **ظهور اليرقان** (اصفرار الجلد والعينين).

٧- **تحول لون البول إلى لون داكن كلون الشاي.**

٨- **يصبح البراز أبيض اللون.**

وتكون الإصابة عند الأطفال (بالذات أقل من ٦ سنوات) عادة بدون أعراض واضحة بينما تستمر الأعراض في البالغين لمدة شهر تقريباً.

إن التهاب الكبد الوبائي (أ) **لا يتحول إلى مرض مزمن ولكن الشفاء التام منه يكون بطيئاً، وإن أكثر من ٩٥% من المصابين يشفون تماماً ويستعيد الكبد وظائفه ويستغرق الشفاء التام** ٦ أشهر، **وتحدث إنتكاسة مرضية عند ٢٠% من المرضى، وهذه الإنتكاسة تضعف المريض لمدة** ١٥ شهر تقريباً.

وقد يصاب ٥% من المرضى بهبوط حاد في الكبد (نتيجة الالتهاب) **مما يؤدي إلى توقفه تماماً عن العمل، وهذا بدوره يؤدي إلى إصابة المريض بغيبوبة تؤدي عادة إلى الوفاة.**

الوقاية:

- **المحافظة على النظافة التامة وعدم تناول الأطعمة الملوثة.**
- **بالإمكان تجنب الإصابة بالفيروس بواسطة اللقاح الواقي أو المستضدات المناعية** Immune globulin**، حيث توفر المستضدات المناعية حماية قصيرة المفعول** (٣-٥ أشهر)**، أما اللقاح الواقي أو التطعيم فيوفر حماية طويلة المفعول تستمر لمدة ٤ سنوات تقريباً.**

العلاج:

لا يوجد حتى اليوم دواء خاص لعلاج التهاب الكبد الوبائي (أ) ويتم إتباع الآتي:

- **توفير الراحة التامة بسبب شعور المريض بالتعب الشديد والإرهاق وخاصة في الأسبوعين الأولين لظهور المرض حيث تكون الأعراض على أشدّها.**
- **الإكثار من السوائل.**
- **فيما يتعلق بقلة الشهية، فيستطيع الشخص تناول أي شيء يشتهيه دون أي تحفظات، ويستحسن الإكثار من السوائل والفاكهة الطازجة بعد غسلها جيداً وتوصف الفيتامينات للمريض لدعم الحالة الصحية العامة له.**

- **الامتناع عن تناول الدهون بسبب عجز الكبد عن إفراز المواد التي تساعد على هضمها.**
- **استخدام المسكنات مثل الباراسيتامول Paracetamol لتخفيف الحرارة وتسكين الألم.**

ومن المهم جداً أن يتخذ المريض الاحتياطات اللازمة لمنع إصابة الآخرين وخاصة من هم حوله، وذلك بعدم مشاركتهم في الطعام والشراب، وكذلك في أغراضه الشخصية، **كما يجب عليه الاهتمام بالنظافة التامة وغسل اليدين بالماء والصابون، وخاصة بعد الذهاب إلى الحمام، ويجب الاستمرار على هذا النظام لمدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع من بداية الأعراض حيث يكون المصاب خلال هذه الفترة شديد العدوى للآخرين.**

ومن الجدير بالذكر أن الفايروس يتم تدميره عند تعرضه لدرجة حرارة تبلغ ٨٥ درجة مئوية لمدة دقيقة **ويمكن قتله في ماء الشرب بإضافة الكلورين، لذا لابد من طبخ الطعام جيداً وإضافة الكلورين لماء الشرب أو غليه جيداً قبل الاستعمال.**

التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (ب) Hepatitis B:

يعتبر التهاب الكبد الفايروسي (ب) مشكلة صحية عالمية رئيسية، **إذ يأتي في الترتيب الثاني بعد التبغ كسبب للإصابة بالسرطان، بالإضافة إلى ذلك، فإن فايروس التهاب الكبد (ب) يعتبر أكثر عدوى من فايروس نقص المناعة المكتسبة الذي يسبب مرض الإيدز، إذ يقتل هذا المرض تقريباً ٥,٩٠٠ إنسان سنوياً، منهم ٤,٠٠٠ بسبب التليف الكبدي، ١,٥٠٠ بسبب سرطان الكبد، و ٤٠٠ بسبب التطور السريع لالتهاب الكبد.**

ومعظم الأشخاص الذين يصابون بفايروس الكبد ب يستطيعون مقاومته وطرده من الجسم، إلا أن هناك نسبة تقدر بـــ ٥ –١٠% لا تستطيع أجسامهم التخلص منه فيصبحون حاملين له، وقد يتطور المرض عند نسبة قليلة منهم إلى حالات تليف الكبد، سرطان الكبد، فشل كبد، أو الموت، بالإضافة لذلك يتطور المرض عند ١٠% من المصابين تقريباً ليصبح مزمناً ويصبح الشخص حاملاً لهذا الفايروس فيكون قادراً على نشر المرض إلى الآخرين.

في ٩٥% من الحالات يشفى المريض شفاءاً تاماً وبدون أي مضاعفات جانبية،ويبقى الأقلية منهم ٥% حيث يستمر الإلتهاب لفترة أطول من ستة أشهر ويصبح إلتهاباً مزمناً، أما فيما يختص بالأطفال فإن الغالبية العظمى منهم يصبحون حاملين لهذا الفيروس بصورة مزمنة.

أعراض المرض:

تبدأ الأعراض بالظهور بعد ٦٠-١٢٠ يوم، **وتظهر الأعراض في** ٥٠% **فقط من المصابين البالغين، أما بالنسبة للرضع والأطفال فنسبة ظهور الأعراض تكون في الغالب أقل، وبعض المصابين يصبحون مرضى جداً بعد إصابتهم بالفايروس.**

وتشمل الأعراض المرضية:

- **يرقان** (اصفرار الجلد والعينين).
- **تحول البول إلى اللون الداكن كلون الشاي.**
- **تحول البراز إلى اللون الفاتح.**
- **أعراض كأعراض الأنفلونزا** (فقدان الشهية، ضعف عام وإعياء، غثيان وتقيؤ).
- **حمى، صداع أو ألم في المفاصل.**
- **طفح جلدي أو حكة.**
- **ألم في الجزء الأيمن العلوي من البطن.**
- **عدم التحمل للطعام الدسم والسجائر.**

وهذه الأعراض عادة لا تظهر لدى أغلبية المرضى المصابين بهذا الفايروس ولكنها تكون شائعة أكثر عند الذين يصابون وهم كبار.

الوقاية:

يعتبر إلتهاب الكبد (ب) **من الأمراض الممكن تجنبها تماماً، وذلك عن طريق:**

- **الفحص المبكر أثناء الحمل.**
- **أخذ التطعيم ضد المرض بجرعاته الثلاث، وتطعيم الأطفال ضد هذا الإلتهاب، والأشخاص الذين يتصلون جنسياً بأكثر من شريك أو شريك يحمل المرض الكبدي** ب.
- **تجنب الاستعمال المشترك للأدوات الشخصية والاكسسوارات والوشم.**
- **التأكد من تعقيم الإبر والمعدات الطبية ذات الاستعمال المشترك مثل معدات طبيب الأسنان.**

ويقوم جهاز المناعة بعد الإصابة بالمرض بتخليص الجسم من الفايروس عند ٩٥% من البالغين وبذلك يتم شفائهم خلال شهور قليلة ولن تتم إصابتهم به مرة أخرى بسبب تكوين أجسام مضادة لهذا الفايروس والتي يمكن اكتشافها بواسطة تحليل الدم Anti-HBs **هذا يعني أن المريض قد شفي من هذا المرض ولن يعود إليه مرة أخرى وليس حاملا للفيروس، أي لن ينقل الفيروس للآخرين.**

وتكون نتيجة هذا التحليل Anti-HBs **غالباً إيجابية عندما يأخذ الشخص التطعيم الخاص بالالتهاب الكبدي الفايروسي** (ب).

أما بالنسبة لحوالي ٥% **من البالغين** و٢٥%-٥٠% **من الأطفال أقل من** ٥ سنوات و٩٠% **من حديثي الولادة المصابين بالتهاب الكبد الفايروسي** (ب) **لا يستطيعون التخلص من هذا الفايروس ويصبحون بذلك مصابين** و(أو) **حاملين لهذا الفايروس، أي بإمكانهم نقل الفايروس إلى أشخاص آخرين.**

والحامل للفايروس عادة لا تظهر له أي علامات أو أعراض للمرض كما أن إنزيمات الكبد لديه تكون طبيعية ولكنه يظل مصاباً لسنوات عديدة أو ربما مدى الحياة ويكون قادراً على نقل الفايروس لغيره. **ومعظم حاملي الفايروس لا يعانون من مشكلة حقيقية مع التهاب الكبد الفيروسي** (ب) **ورغم أنهم يعيشون بصحة جيدة إلا أن قلة منهم يكونون عرضةً أكثر من غيرهم للإصابة بالالتهاب الكبدي المزمن والتليف وأورام الكبد، وتنشأ الأورام عادة عند الأشخاص الذين أصبح لديهم تليف كبدي.**

أما المصاب بالمرض فهو مصاب بالفايروس إصابة مزمنة أي لم يستطيع التخلص منه خلال ستة أشهر مع وجود ارتفاع في أنزيمات الكبد، **ويتم التأكد من الإصابة المزمنة عن طريق أخذ عينة من الكبد وفحص نشاط الفايروس في الدم** HBe-Ag و HBV-DNA **أو ما يسمى بتحليل الـ** PCR. **وهذا يعني أن الفايروس يهاجم الخلايا، وإذا استمر هذا الالتهاب المزمن النشط لفترة طويلة فمن الممكن ظهور أنسجة ليفية داخل الكبد** وهذا ما يسمى بالتليف الكبدي والذي يؤدي إلى:

١- إلى خشونة الكبد وتورمها.

٢- الضغط على الأوردة مما يعيق تدفق الدم فيها ومن ثم يرتفع ضغط الوريد

البابي مما يؤدي إلى ظهور دوالي في المريء والمعدة أحياناً والتي قد تنفجر مسببة نزيفاً دموياً يظهر على شكل تقيؤ دموي أو تحول لون البراز إلى اللون الأسود وقد يؤدي إلى ظهور الاستسقاء والتعرض لحدوث اعتلال المخ والغيبوبة الكبدية.

٣- قابلية أكبر لظهور أورام الكبد.

العلاج:

يوجد الدواء المسمى الإنترفيرون interferon والذي ثبتت فاعليته في السيطرة على المرض في حوالي ٣٠% من المرضى.

وهناك أيضاً بعض الأدوية الأخرى والتي ثبتت فاعليتها حديثاً مثل دواء لاموفيدين Lamuvidine. ولا تزال الأبحاث مستمرة لإيجاد أدوية أخرى ذات فاعلية كبيرة ومضاعفات أقل.

التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (ج) Hepatitis C:

يحدث في غالبية المرضى في مرحلة الشباب، ويختلف هذا النوع من الإلتهاب عن التهاب الكبد (ب) حيث أن الفايروس المسبب لا يتعرض لمقاومة تذكر من جهاز المناعة عند المريض ولذلك يوصف غالباً بالوباء "الصامت"، لأنه يبقى مجهول بشكل نسبي، ويتم تشخصيه عادة في مراحله المزمنة عندما يتسبب بمرض كبدي شديد، وهو أكثر عدوى وأكثر شيوعاً من فايروس هيف HIV الفايروس الذي يسبب مرض الإيدز، ويمكن أن يكون مميت، فالتهاب الكبد الوبائي (ج) يصيب على الأقل ١٧٠ مليون إنسان على مستوى العالم، ويقدر عدد الذين يموتون سنوياً بسبب إلتهاب الكبد الوبائي (ج) بـــ ١٠,٠٠٠ إنسان ويتوقّع إرتفاع هذا العدد إلى ثلاثة أضعاف خلال العشرة سنوات القادمة.

والحقيقة القاسية هي اننا لا نعرف إلا القليل جداً عن الإلتهاب الكبدي الوبائي (ج) لذلك فهو يعتبر أكثر من تهديد للصحة عامة، خاصة وإن ٨٥% من المرضى الذين تعرضوا لإلتهاب الكبد (ج) يكونون حاملين للمرض بصورة مزمنة.

لقد تم التعرف على الفيروسات المسببة لالتهاب الكبد (أ) و (ب) منذ وقت طويل غير أن الفايروس المسبب لالتهاب الكبد (ج) لم يتم التعرف عليه إلا في عام ١٩٨٩ م، وقد تم تطوير وتعميم استخدام اختبار للكشف عن الفايروس (ج) عام ١٩٩٢، ويعتمد هذا الاختبار على كشف الاجسام المضادة للفايروس ويعرف باسم (ANTI-HCV).

ينتقل هذا المرض بشكل اساسي من خلال الدم أو منتجات الدم المصابة بالفايروس، فهو واحد من عائلة من ستة فايروسات (أ، ب، ج، د، هـــ، و) أو (A، B، C، E، D، G) تسبب إلتهاب كبدي **والسبب الرئيسي لأغلبية حالات إلتهاب الكبد الفايروسي، ويستغرق تطور مرض الكبد الحقيقي بعد الاصابة بالفايروس حوالي ١٥ سنة، وقد تمر** ٣٠ سنة **قبل أن يضعف الكبد بالكامل أو تظهر الندوب أو الخلايا السرطانية** "القاتل الصامت"، **فهو لا يعطي إشارات سهلة التمييز أو أعراض، ويمكن للمرضى أن يشعروا ويظهروا بشكل صحي تام، ولكنهم مصابون به وينقلون العدوى للآخرين دون أن يشعروا.**

وطبقاً لأحدث تقارير منظمة الصحة العالمية فإن ٨٠% من المرضى المصابين تتطور حالتهم إلى إلتهاب الكبد المزمن، ومنهم حوالي ٢٠% يصابون بتليف كبدي، و ٥% منهم يصابون بسرطان الكبد خلال العشر سنوات التالية.

طرق العدوى:

- **نقل الدم، منتجات الدم** (المواد المخثرة للدم، إدمان المخدرات عن طريق الحقن، الحقن).
- **زراعة الأعضاء** (كلية، كبد، قلب) **من متبرع مصاب.**
- **مرضى الفشل الكلوي الذين يقومون بعملية الغسيل الكلوي معرضين لخطر العدوى بفايروس التهاب الكبد (ج).**
- **استخدام إبر أو أدوات جراحية ملوثة أثناء العمليات الجراحية أو العناية بالأسنان.**
- **الإصابة بالإبر الملوثة عن طريق الخطأ.**
- **المشاركة في استعمال الأدوات الحادة مثل أمواس الحلاقة أو أدوات الوشم.**
- **العلاقات الجنسية المتعددة الشركاء.**

وأهم طريقتين لإنتقال العدوى هما إدمان المخدرات عن طريق الحقن بسبب استعمال الإبر الملوثة وتداولها بين المدمنين، **ونقل الدم ومنتجاته، لذلك كان مستقبلو الدم، حتى عام ١٩٩١، معرضين لخطر العدوى بفايروس التهاب الكبد** (ج)، **كذلك أصبح التهاب الكبد من نوع** (ج) **واسع الإنتشار بين مرضى الناعورية أو الهيموفيليا** Hemophilia (مرض عدم تخثر الدم) **والذين يتم علاجهم بواسطة مواد تساعد على تخثر الدم والتي كانت تعد من دم آلاف المتبرعين قبل اكتشاف الفايروس، كما تحدث العدوى أيضاً بين الأشخاص دون وجود العوامل التي تم ذكرها ولأسباب غير معروفة.**

وفايروس التهاب الكبد (ج) **لا ينتقل عن طريق الطعام أو الماء أو الخروج كما أنه غير معدٍ بصورة كبيرة بين أفراد الأسرة.**

ولا ينتقل الفايروس بسهولة بين المتزوجين ولا ينصح باستخدام الواقي أو العازل الطبي للمتزوجين، **ولكن ينصح باستخدامه لذوي العلاقات الجنسية المتعددة الشركاء، وهناك بضعة عوامل قد تلعب دور في نسبة الإصابة بالتهاب الكبد** (ج) **من خلال الممارسات الجنسية** مثل:

- **مستوى الفايروس في الدم.**
- **طبيعة الممارسة الجنسية من ناحية التعرض للتلوث بالدم** (كوجود تقرحات في الجهاز التناسلي).
- **تزامن عدوى مع هيف** HIV.
- **أمراض جنسية أخرى.**
- **ممارسات جنسية شاذة.**

أما خطر انتقال الفايروس من الأم الحامل إلى الطفل فيكون هذا الخطر أكبر في النساء ذوات المستويات العالية من الفايروس في الدم أو مع وجود عدوى متزامنة مع هيف HIV، **أما طريقة الولادة** (قيصرية أو طبيعية) **فلا يبدو أنها تؤثر على نسبة إنتقال الفايروس من الأم إلى الطفل، كما لا يوجد ارتباط بين الإرضاع عن طريق الثدي والعدوى من الأم إلى الطفل، ولكن ينصح بوقف الإرضاع عن طريق الثدي إذا تعرضت حلمات الثدي للتشقق أو إذا أصيب الثدي بعدوى جرثومية إلى أن يتم شفاؤه.**

وهناك عوامل مساعدة تلعب دور مهم في تطور التليف الكبدي:

١- **العمر، الوقت، العدوى: يكون المرضى الذين يصابون بالمرض في عمر أكبر أكثر عرضة لتطور المرض بشكل أسرع من المرضى الأصغر عمراً.**

٢- **إدمان الكحول: تؤكد جميع الدراسات على أن الكحول يؤثر بشكل كبير في تطور إلتهاب الكبد المزمن إلى تليف كبدي.**

٣- **عدوى متزامنة مع هيف** HIV (الفايروس الذي يسبب مرض الإيدز).

٤- **عدوى متزامنة مع فايروس إلتهاب الكبد** (ب).

أعراض المرض:

- **إن معظم المصابين بالفايروس لا تظهر عليهم أعراض المرض في بادئ الأمر ولكن قد يعاني البعض من أعراض الإلتهاب الكبدي الحاد** (يرقان).
- **قد تظهر على المريض أحياناً أعراض تشير إلى وجود تليف بالكبد مثل اليرقان الذي يصاحب الاستسقاء، أو تضخم الكبد والطحال أو نزيف الدوالي أو أي أعراض شائعة كالتعب.**
- **تكون الأعراض عادة غير شائعة وإذا وجدت فإنها قد تدل على وجود حالة مرضية حادة أو حالة مزمنة متقدمة.**
- **يكتشف بعض المرضى إصابتهم بالمصادفة عند إجراء اختبار دم والذي يظهر وجود ارتفاع في بعض أنزيمات الكبد والمعروفة باسم ALT وAST والفحوصات الخاصة بفيروس** (ج).

قد يستطيع الجسم التغلب على الفايروس والقضاء عليه، وتكون نسبة حدوث ذلك بحدود ١٥%، **أما النسبة الباقية فإن المرض يتطور لديها إلى الحالة المزمنة، وأن نسبة** ٢٥% **من الإصابات تتحول من التهاب مزمن إلى تليف في الكبد** خلال ١٠ سنوات أو أكثر.

إن الالتهاب المزمن يكون كالالتهاب الحاد بدون أعراض ولا يسبب أي ضيق، **ماعدا في بعض الحالات التي يكون من أعراضها الإحساس بالتعب واليرقان وبعض الأعراض الأخرى.**

وعند إصابة المريض بتليف الكبد تظهر أعراض الفشل الكبدي عند البعض، أو لا تظهر أعراض للتليف وربما يكون السبب الوحيد لاكتشافه هو تضخم الكبد والطحال أو غيره من الأعراض، ومن الممكن لتليف الكبد أن يتطور لسرطان الكبد، ويكون تطور إلتهاب الكبد (ج) بطيء ويحتاج إلى سنوات.

التشخيص:

- عند احتمال إصابة شخص بالتهاب الكبد عن طريق وجود أعراض أو ارتفاع في أنزيمات الكبد فإن التهاب الكبد (ج) يمكن التعرف عليه بواسطة اختبارات الدم والتي تكشف عن وجود أجسام مضادة للفايروس (ج) ANTI-HCV.
- إذا كان فحص الدم بواسطة اختبار (إليزا ELISA) إيجابياً، فهذا يعني أن الشخص قد تعرض للفايروس وأن مرض الكبد ربما قد سببه الفايروس (ج)، ولكن أحياناً يكون الاختبار إيجابياً بالخطأ، ولذا يجب التأكد من النتيجة، وعادة ما تكون هناك عدة أسابيع تأخير بين الإصابة الأولية بالفايروس وبين ارتفاع نسبة الأجسام المضادة في الدم، لذلك قد يكون الاختبار سلبياً في المراحل الأولى للعدوى بالفايروس ويجب أن يعاد الاختبار مرة أخرى بعد عدة شهور إذا كان مستوى أنزيم الكبد ALT مرتفعاً.
- من المعروف أن حوالي ٥% من المرضى المصابين بالتهاب الكبد (ج) لا يكونون أجساماً مضادة للفيروس (ج) ولكن تكون نتيجة اختبار الدم HCV-RNA إيجابية.
- إذا كان الفحص السريري واختبارات الدم طبيعية فيجب أن يكرر الاختبار لأن التهاب الكبد (ج) يتميز بأن أنزيمات الكبد فيه ترتفع وتنخفض وأن الأنزيم الكبدي ALT يمكن أن يبقى طبيعياً لمدة طويلة، ولذا فإن الشخص الذي يكون إيجابياً لاختبار ANTI-HCV يعتبر حاملاً للفايروس إذا كانت أنزيمات الكبد طبيعية.
- إذا كانت الأجسام المناعية المضادة للفايروس (ج) موجودة في الدم ANTI-HCV فهذا يدل على وجود عدوى سابقة بالفايروس (ج)، ونظراً لأن الاختبار التأكيدي HCV-RNA للفايروس إيجابي، فيجب أن يتم تحويل هؤلاء الأشخاص إلى طبيب مختص بأمراض الكبد لإجراء المزيد من الفحوصات وأخذ عينة من الكبد نظراً لأن نسبة كبيرة منهم مصابون بالتهاب كبدي مزمن.

الوقاية:

لا يوجد إلى الآن تطعيم أو علاج وقائي ضد التهاب الكبد (ج) ولكن توجد بعض الإرشادات التي يمكن اتباعها للحد من الإصابة به:

- استعمال الأدوات والآلات الطبية ذات الاستعمال الواحد لمرة واحدة فقط.
- تعقيم الآلات الطبية بالحرارة (أوتوكليف - الحرارة الجافة).
- التعامل مع الأجهزة والنفايات الطبية بحرص.
- تجنب الاستعمال المشترك للأدوات الحادة كأمواس الحلاقة والإبر وفرش الأسنان ومقصات الأظافر.
- تجنب تعاطي المخدرات.
- عدم تبرع المصابون بالتهاب الكبد (ج) بالدم لأنه ينتقل عن طريق الدم ومنتجاته.

العلاج:

تنصح أحدث الأبحاث الطبية بإستخدم دواء إنترفيرون ألفا Alpha Interferon عن طريق الحقن ٣ مرات اسبوعياً مع دواء ريبافيرين Ribavirin عن طريق الفم لعلاج التهاب الكبد المزمن (ج) ويستمر العلاج لمدة ٦ أو ١٢ شهراً.

تحذير: إن دواء ريبافيرين Ribavirin ضار بالجنين ويسبب التشوهات، لذلك يمنع الحمل أثناء تعاطيه سواء من قبل الأم او الأب، واتخاذ جميع الإحتياطات لمنع حدوث الحمل.

التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (د) Hepatitis D or Delta:

يسببه الفايروس (د) ويسمى أيضا بفايروس الدلتا Delta virus ويعتبر هذا الفيروس غريباً حيث أنه يسبب إلتهاب كبدي فقط عند المرضى المصابين بالتهاب الكبد (ب) فهو لا يستطيع التكاثر إلا بوجود فايروس أخر، ومن الممكن أن يتحول الإلتهاب (ب) المزمن والمحتمل إلى إلتهاب شديد ومحطم للكبد بسبب الإلتهاب (د).

وعند إصابة المريض بعدوى الفايروس (د) والفايروس (ب) في نفس الوقت تسمى العدوى عدوى متزامنة Co-infection، وعندما تحدث الإصابة بفايروس (د) في أي وقت عند المريض المصاب بفايروس التهاب الكبد الوبائي (ب) تسمى عدوى إضافية Super-infection.

طرق العدوى:

ينتقل فايروس التهاب الكبد الوبائي (د) عن طريق نقل الدم أو منتجاته، **وعليه فإن إعادة إستعمال إبر الحقن بين الأشخاص، الوشم، وثقب أجزاء من الجسم بإستخدام أدوات ملوثة كلها تؤدي إلى إصابة بهذا الإلتهاب المزمن.**

كذلك توجد بعض الدلائل على إنتقال هذا الفايروس عن طريق الإتصال الجنسي **ولكن تعتبر هذه الوسيلة نادرة ولا تعد من الوسائل المهمة لإنتشار** الفايروس C، **وهناك عوامل مساعدة على انتقاله تشبه العوامل المساعدة على انتشار فايروس التهاب الكبد الوبائي** (ب)، **كما أن انتقال الفايروس من الأم إلى أطفالها غير مؤكد في الوقت الحالي ولا يحدث كما هو الحال بالفايروس الكبدي** (ب).

أعراض المرض:

يجب وضع احتمال العدوى الإضافية بالفايروس (د) **عند أي مريض بالتهاب الكبد الوبائي** (ب) **المزمن والذي يعاني من تطور سيئ ومفاجئ للمرض، ويوجد عادة يوجد أو سوابق للتعرض للدم الملوث، كالمدمن على المخدرات عن طريق الحقن، وفي الحالات الحادة والشديدة بشكل خاص من التهاب الكبد الوبائي** (ب) **فإنه يوجد احتمال كبير بأن تكون هناك إصابة متزامنة بالفايروس** (د).

أن كثيراً من المرضى الذين يعانون التهاب الكبد C وB المزمن والذين لم يعالجوا أو أولئك الذين لم يستجيبوا للأدوية الخاصة يعيشون حياة طبيعية ولا يعانون من أي مضاعفات خطرة، **أما في الحالات التي يستمر الإلتهاب لمدة تتراوح أكثر من** ٢٠ سنة **أو أكثر فمن المحتمل ظهور أعراض لهبوط وظائف الكبد حيث أن هذا النوع من الإلتهابات يسبب تليف مزمن في الكبد مما يؤدي إلى تدهور وظائفها وفي أحيان يؤدي إلى الوفاة إذا لم يتم زراعة كبد جديدة.**

كما إن غالبية سرطانات الكبد ناتجة عن إنتشار سرطاني من خارج الكبد مثل الأمعاء وغيرها، **أما بعض سرطانات الكبد فتتكون من خلايا الكبد وهذه السرطانيات تسمى سرطانيات الكبد الإبتدائية، وهذا النوع من السرطانات غالباً ما يكون مصحوب بالإلتهاب الكبدي** C أو B **في** ٧٠% **من الحالات.**

التشخيص:

يتم تشخيص العدوى المتزامنة أو الإضافية للفايروس (د) عن طريق اختبار للكشف عن وجود الأجسام المضادة للفايروس (د).

أما في حالات الإلتهابات الفايروسية المزمنة فإنها تحتاج في بعض الأحيان إلى أخذ عينة من الكبد حتى يحدد الطبيب ما إذا كان المريض يحتاج إلى علاجات خاصة.

طرق الوقاية:

لا يوجد إلى الآن تطعيم ضد هذا الفايروس، ولكن بما أنه يلزم وجود الفيروس (ب) لتتم العدوى بالفايروس (د) فالتطعيم ضد الفايروس (ب) يوفر الحماية ضد الفايروسين بطريقة غير مباشرة بالنسبة للفايروس (د).

أما المرضى المصابين بالفايروس (ب) فهم معرضين للإصابة بالفايروس (د)، ولذلك يجب اتخاذ إجراءات الوقاية الضرورية لتفادي الإصابة.

العلاج:

يستخدم دواء انترفيرون ألفا interferon-alpha لعلاج المرضى المصابين بالتهاب الكبد الوبائي (ب) و (د)، وتقترح بعض الدراسات بأن استخدام جرعات أعلى من تلك المستخدمة لعلاج التهاب الكبد الوبائي (ب) قد يكون مفيداً.

الإلتهاب الكبدي الفايروسي (الوبائي) (و) Hepatitis G :

اكتشف الفايروس عام ١٩٩٦ ولكن المعلومات المتوفرة عنه قليلة جداً ولا تزال الأبحاث جارية لمعرفة المزيد، وربما تتغير المعلومات المتوفرة حالياً مع ظهور نتائج الأبحاث.

طرق العدوى:

ينتقل الفايروس عن طريق الدم، وربما تكون طريقة انتقاله بشكل يشبه انتقال فايروس التهاب الكبد الوبائي (ج) Hepatitis C.

نسبة حدوثه وأعراضه:

تقدر نسبة حدوثه بـــ ٠,٣% أو ٣ حالات من كل ١٠٠٠ حالة من حالات الالتهابات الكبدية الحادة، ويعتقد بأنه يسبب من ٩٠٠ إلى ٢٠٠٠ حالة التهاب فايروسي في السنة تكون معظمها بدون أعراض، ونسبة ٩٠-١٠٠% من المصابين به تصبح إصابتهم مزمنة ولكنه نادراً ما يسبب مرضاً مزمناً شديد المضار مقارنة بفايروسات الكبد الأخرى.

طرق العدوى:

- نقل الدم أو منتجات الدم.
- إدمان المخدرات عن طريق الحقن.
- تزامن وتعدد الإصابة بفايروس الكبد الوبائي (ج) Hepatitis C.
- طرق أخرى (لا تزال غير مؤكدة أو معروفة).

الوقاية:

لا توجد حالياً تعليمات إلى أن يتم التأكد من خصائص ومسببات هذا الفايروس، طرق انتقال العدوى، وتطوير طرق سهلة للكشف عنه.

التهاب الكبيبات الكلوية (النيفرون) Glomerulo Nephritis:

يحدث هذا الالتهاب بشكل نوبة مفاجئة تصيب الأطفال والشباب غالباً بعد الإصابة بالبكتيريا من نوع المكورات العقدية الحالة للدم التي تصيب اللوزتين أو البلعوم في بداية الأمر، حيث يبدو الشخص ظاهرياً بأنه قد شفي تماماً، ولكن بعد مرور أسبوع أو أسبوعين تظهر عليه الأعراض التالية:

١- انتفاخ الوجه والجفون في الصباح عند الاستيقاظ من النوم.
٢- اضطرابات في البول تشمل تقطع البول، قلة البول، حرقة عند البول، وأحياناً يظهر دم في البول.
٣- ألم في الخاصرتين.
٤- آلام في المنطقة القطنية.
٥- صداع.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد إجراء الفحوصات المختبرية للدم وتحليل الإدرار حيث يظهر في نتائج التحليل:

- وجود كريات حمراء في البول.
- وجود البروتين بكمية قليلة.
- وجود أسطوانات بولية.

وتسمى هذه الموجودات الثلاثة بالتناذر الكبيبي.

العلاج:

يتم العلاج عن طريق:

١- معالجة الالتهاب الكلوي: بواسطة إعطاء المريض الأدوية الفعالة مثل:

- درافورام (Drafuram).
- نيكرام (Negram).
- نوكرام (Nogram).
- نيليدكس(Nelidix).

٢- إعطاء المضادات الحيوية (Antibiotics) ومنها:

- التريزيدون (Trizidon).
- الأمبيسيلين (Ampicillin).
- الأموكسيسيلين (Amoxycillin).

٣- يعطى المريض السلفاميدات مثل:

- السبترين (Poteseptil)، Biseptol، (Septrin) Bactrim.
- نيتروس ٥ (Nitrox – ٥) (Noxybil)، Nibiol.

٤- الراحة التامة.

٥- إعطاء الكورتيزون بجرعات تحسب بدقة ثم تقلل تدريجياً.

٦- يجب على المريض إتباع حمية تقلل من جهد الكلية قدر الإمكان: تتضمن هذه الحمية التقليل من الصوديوم، وكميات مخفضة من البروتينات.

٧- الإكثار من شرب الماء والسوائل.

ويكون الشفاء التام بعد أربعة أو خمسة أسابيع من الراحة، **ويجب على المريض مراجعة الطبيب بعد مرور ثلاثة أشهر لإجراء الفحص العام، لكي يتجنب حدوث التهاب الكلية المزمن.**

التهاب الكلية والحويضة الحاد Acute Pyelonephritis:

هو التهاب حاد يصيب الكلية والحويضة، وهو أكثر شيوعاً لدى النساء،

وخاصة في مرحلة الطفولة والمراهقة وفي منتصف فترة الحمل وفي سن اليأس أيضاً وغالباً ما يحدث في الجهة اليمنى أكثر مما يحدث في الجهة اليسرى.

المسببات:

١- الإصابة بالمكورات العقدية (Streptococci).

٢- الإصابة بعصيات التدرن (T.B Bacilli).

٣- الإصابة بالعصيات القولونية (E.Coli).

أعراض المرض:

١- حدوث ألم بشكل عام.

٢- ألم حاد في الخاصرة وتحت قسم الأضلاع الأمامي منحدراً أحياناً نحو الحالب.

٣- غثيان وتقيؤ شديدين وهو ما يصعب التشخيص حيث يتوهم الطبيب في بادئ الأمر بوجود التهاب حاد في الجهاز الهضمي وخاصة حدوث الألم في منطقة البطن.

٤- تسارع نبضات القلب.

٥- ارتفاع شديد في درجة الحرارة وتكون متذبذبة بين ٣٨,٩ درجة و ٣٩,٤ درجة مئوية، وتحدث نتيجة لذلك قشعريرة للمريض.

٦- الشعور بحاجة متكررة إلى التبول ثم يصبح البول نادراً وعكراً خلال أربع وعشرين ساعة.

٧- الشعور بحرقة شديدة في البول.

٨- ظهور أعراض التهاب المثانة وتشمل:

- زحير مثاني بولي.
- تعدد مرات التبول.
- تقطع البول.
- حرقة عند التبول.

التشخيص:

يتم من خلال:

١- إجراء الفحوصات بالأمواج فوق الصوتية حيث يكون مظهر الكليتين محتقن وتشاهد خراجات قيحية على سطح الكلية في الحالات الشديدة.

٢- إجراء الفحوصات المختبرية للدم والإدرار التي تظهر النتائج التالية:

- وجود كريات حمراء في الإدرار أكثر من أربعة.
- وجود كريات بيضاء في الإدرار أكثر من ١٥.
- زيادة نسبة أملاح اليوريا.

العلاج:

١- يعطى المريض المضادات الحيوية ويستعان على اختيار هذه المضادات من خلال نتائج زرع البول (Urine Culture) إن توفر، ولا يجب أن يتأخر العلاج انتظاراً لنتيجة الزرع حيث يمكن البدء بأحد الأدوية الصادة الموسعة (Broad Spectrum Antibiotics) مثل الأمبيسيلين أو الكوترايموكسازول بعد أخذ نموذج من البول لأجل إجراء الزرع.

٢- إعطاء خافضات الحرارة.

٣- الإكثار من شرب السوائل ويجب ألا تقل كمية السوائل المتناولة في اليوم الواحد عن اللبترين والنصف.

٤- معادلة حامضية البول بإعطاء المواد القلوية إذ يساعد ذلك في تقليل عسر التبول وتكراره.

ويجب أن يستمر العلاج لمدة أربع أسابيع ثم يعاد بعدها زرع البول للتأكد من القضاء على البكتيريا المسببة للالتهاب. ويعطى المرضى الذين يتكرر عندهم المرض عدة مرات دورات طويلة من المضادات الحيوية بجرعات وقائية لمنع رجوع المرض مرة أخرى (٥٠ ملغم النيترونيورانتوين) ليلاً قبل النوم، أو يعطى حبوب كوترايموكسازول بجرعة صباحاً ومساءً أو غيرها من الأدوية المضادة للبكتيريا ويستمر العلاج الوقائي لمدة ستة أشهر أو سنة أو أكثر أحياناً.

التهاب الكلية والحويضة المزمن Chronic Pyelonephritis:

هو التهاب يصيب الكلية وحويضتها، ويصيب النساء في عمر أقل من الأربعين سنة، والرجال فوق الستين من العمر، ويصيب النساء أكثر بثلاث مرات من الرجال.

المسببات:

١- الإصابة بالتهاب الكلية الحاد.

٢- وجود عائق على مستوى الجهاز البولي.

٣- يحدث نتيجة لغزو البكتيريا الناشئة عن التهاب اللوزتين أو عن الجمرة.

أعراض المرض:

١- ألم في الظهر.

٢- صعوبة في التبول: مع إن الشعور بالحاجة إلى التبول تصبح أكثر فأكثر.

٣- الشعور بالتعب.

٤- فقدان الشهية.

٥- غثيان.

٦- صداع.

٧- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

العلاج

يتم العلاج من خلال:

١- معالجة الأسباب كالحصى أو أي بؤرة التهابية أخرى واقعة على مسافة من الكليتين.

٢- يعطى المريض المضادات الحيوية.

٣- الإكثار من شرب الماء والسوائل.

٤- أحياناً يكون العلاج عن طريق التداخل الجراحي.

التهاب اللثة السنخي Gingivitis، ulitis :

هو التهاب يصيب اللثة ويعتبر المسؤول الرئيسي عن فقد الأسنان بعد سن الخامسة والثلاثين، **وهو مرض يصيب اللثة والعظام التي تدعم الأسنان.**

المسببات:

يحدث هذا المرض نتيجة ترسب طبقات من اللويحات (البلاك) على الأسنان واللثة بسبب عدم الاهتمام بها ونظافة الأسنان باستمرار، (والبلاك عبارة عن خليط لزج من الطعام والبكتريا، حيث تعمل هذه البكتريا وفضلاتها على اثارة اللثة والتهابها).

أعراض المرض:

- حدوث تهيجات اللثة.
- تورم اللثة وتراجعها عن الأسنان كاشفة الألياف الضامة التي تشكل المغارز الداعمة للأسنان.
- تكون الصديد في الجيوب بين الأسنان.
- وباستفحال المرض تتلف الألياف والعظام المحيطة وتتخلخل الأسنان وقد تتساقط بعد ذلك.

الوقاية:

للوقاية من هذا المرض يجب العناية بالأسنان ونظافتها يومياً بالمسواك او بالفرشاة مرتين على الأقل واستعمال الخيط الطبي المشمع.

العلاج :

يمكن علاج هذه الحالة بسهولة في مراحلها الأولية وذلك بازالة اللويحات وصقل النتؤات الخشنة في الأسنان، أما إذا استفحل المرض فقد ينتهي الأمر الى ازالة اللثة والأسنان والعظام الداعمة لها بعملية جراحية.

التهاب اللوزتين Tonsillitis:

هو مرض مؤلم ناتج عن اصابة احدى اللوزتين او كلتيهما بالبكتريا أو الفايروسات، وأكثر الفئات العمرية إصابة بالالتهاب ما بين العاشرة والأربعين.

المسببات:

العدوى البكتيرية أو العدوى الفايروسية وأهمها البكتيريا المسماة بالمكورات العقدية الحالة للدم (Streptococcus Hemolytic)، حيث أن اللوزتين هما بوابة الحماية للجسم من جهة الفم والأنف.

طرق العدوى:

تحدث العدوى عن طريق استنشاق البكتريا المتطايرة مع رذاذ المريض الذي يخرج بالسعال والعطاس.

أعراض المرض:

١ - ارتفاع شديد في درج حرارة الجسم.

٢ - آلام في البلعوم بسبب احتقان الحلق والبلعوم وصعوبة البلع.

٣ - الآم في الظهر وآلام مفصلية حادة، وتشنج في الرقبة.

٤ - صداع.

٥ - شعور بالغثيان وفقدان الشهية.

٦ - الوهن العام.

٧ - ظهور خراج (تجمع صديدي) في الحلق بجانب احد اللوزتين.

المضاعفات:

١ - الإصابة بالروماتيزم المفصلي.

٢ - الإصابة بروماتيزم القلب.

٣ - حدوث خراج (تقيح) اللوزتين.

٤ - الإصابة بالتهاب الكليتين.

العلاج:

يعالج الالتهاب البكتيري بـــ:

١ - المضادات الحيوية.

٢ - تستخدم مسكنات الألم وخافضات الحرارة، وينصح بالغرغرة بالماء والملح لتخفيف حدة الألم.

٣ - الراحة التامة.

ويعالج الالتهاب الفايروسي اذا تعددت الشكوى جراحياً باستئصال اللوزتين (Tonsillectomy)، حيث أن العلاج بالمضادات الحيوية لايجدي في حالة الاصابة الفايروسية.

إلتهاب المبيضين Oophoritis. Ovaritis:

هو التهاب يصيب المبيضين إذا أهملت المرأة علاج حالات الالتهاب التي تصيب جهازها التناسلي.

المسببات:

١- نتيجة لالتهاب قناتي فالوب: يحدث هذا الالتهاب بواسطة انتقال المسببات المعدية (البكتيريا) من قناتي فالوب إلى المبيضين.

٢- عدم تنظيم الوجبات الغذائية: يتسبب عدم التنظيم في زيادة في حامضية الدم والتي بدورها تؤدي إلى حدوث الالتهابات في المبيضين.

أعراض المرض:

أعراض الالتهاب الحاد:

١- الشعور بآلام في البطن وينتقل هذا الألم إلى المستقيم والشرج والفخذين.

٢- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٣- ضعف الحالة الصحية العامة.

٤- يكون الحيض مصحوباً بآلام حادة قد تستمر لعدة أيام.

المضاعفات:

يتحول الالتهاب الحاد إذا لم تتم معالجته إلى إلتهاب مزمن وتكون نتيجة الالتهاب المزمن الإصابة بالعقم بسبب إصابة المبيضين بقصور في أدائهما الوظيفي وخاصة تكوين البويضات.

التهاب المثانة الحاد Acute Bladder Infection:

يحدث هذا الالتهاب في أي مرحلة من مراحل العمر، ويصيب النساء أكثر من الرجال.

أعراض المرض:

١- الشعور بألم في منطقة الحوض وبين الفخذين.

٢- الشعور بحاجة متكررة إلى التبول، حتى بعد تفريغ المثانة مباشرة.

٣- الشعور بالآم شديدة في المثانة وفي نهاية القضيب أو الفرج بعد الانتهاء من التبول.

٤- حرقة في التبول.

٥- التبول الدموي أو تعكر البول.

المضاعفات:

تتطور الحالة إلى التهاب المثانة المزمن إذا أهمل العلاج.

العلاج:

١- إعطاء المريض المضادات الحيوية (Antibiotics) والسلفوناميدات: مثل الأمبيسيلين (Ampicillin) و(Biseptol) (Bactrim) حسب نتيجة فحص زراعة البول الذي يكشف نوع البكتيريا المسببة للمرض.

٢- تجنب المريض التعب والإجهاد.

٣- الراحة التامة في الفراش واستعمال الحمامات الساخنة.

٤- الإكثار من شرب الماء والسوائل.

٥- الامتناع عن تناول الأطعمة الحارة والتوابل والمخللات.

التهاب المجاري البولية (Urinary Tract Infection (UTI:

وهو من الأمراض الشائعة يصيب الإناث أكثر من الذكور وخاصة في بداية الحمل والأشهر الثلاثة الأخيرة منه، والأطفال وكبار السن ومرضى السكري.

المسببات:

١- انتقال البكتيريا مع الدم إلى الكليتين.

٢- الإصابة بمرض السكر: بسبب وجود السكر في الدم وزيادة عدد مرات التبول.

٣- التهاب المثانة أو وجود حصى أو ورم في المثانة.

٤- تضخم البروستات.

طرق العدوى:

تصل البكتيريا إلى المسالك البولية من طرق مختلفة:

١- الدم: مثل انتقال مرض التدرن إلى الكليتين.

٢- العدوى من فتحة الإحليل صعوداً إلى المثانة إلى الكلية (وهو الأكثر شيوعاً).

٣-عن طريق الجهاز الليمفاوي.

٤- مباشرة عن طريق ناسور بين الأمعاء والمثانة البولية (قناة تتكون بسبب الأمراض أو العمليات الجراحية بينهما).

إن مصدر البكتيريا هي أمعاء الإنسان فهي تقطن فيه طبيعياً ولكنها تسبب إلتهابات تحت ظروف معينة، والبكتيريا التي تسبب التهاب المسالك البولية موضحة في الجدول التالي مع نسبة الإصابة لكل منها:

اسم البكتيريا	نسبة الإصابة بها
اشتريجيا كولاي Escherichia Coli	٦٨% و أكثر
بروتيوس ميرابيليس Proteus Mirabilis	١٢%
كليبسيلا ايروجينس Klebsiella Aerogenes	٤%
انتروكوكس فيكالس Enterococcus Faecalis	٦%
استافلوكوكس سابروفيتيكس أو استافلوكوكس ابيديرميس Staphylococcus Saprophytics or Epidermis	١٠%

إن كلاً من بكتيريا كليبسيلا ايروجينس Aerogenes Klebsiella وانتروكوكس فيكالس Faecalis Enterococcus، هما أكثر شيوعاً أو أكثر انتشاراً في المستشفيات، بينما بكتيريا استافلوكوكس سابروفيتيكس أو استافلوكوكس ابيديرميس or Epidermis Saprophytics Staphylococcus هي أكثر شيوعاً بين الإناث الشابات وتسبب من ٢٠% إلى ٣٠% من مجموع حالات إلتهاب المسالك البولية.



صورة بالمجهر الالكتروني لعصويات اشتريجيا كولاي Escherichia Coli

وتتم طريقة الإصابة بالإلتهاب (عن طريق صعود البكتيريا وهي الأكثر شيوعا) على ثلاثة مراحل:

١- تلوث منطقة المهبل والإحليل بالبكتيريا من فتحة الشرج أو من إلتهاب سابق لم يعالج تماماً.

٢- إنتقال البكتيريا عن طريق الإحليل إلى المثانة البولية، وإحليل الأنثى القصير يسهل هذه العملية أما بالنسبة للرجال فإن طول الإحليل وإفراز البروستاتا يعيقان إنتشار البكتيريا، ومن العوامل التي تسهل إنتقال البكتيريا إلى المثانة، قثطرة الإحليل والمثانة البولية.

٣- تكاثر البكتيريا في المثانة البولية.

ويكون إنتقال البكتيريا بعد هذه المراحل إلى الكلى "الإلتهاب الصاعد" **سهلاً، وخاصة عند وجود عوامل مساعدة مثل وجود أمراض كارتجاع البول من المثانة إلى الحالب** VesicoUreteric Reflux.

تقسيم إلتهاب المجاري البولية:

١- إلتهاب المجاري البولية السفلي Infection Lower Urinary Tract **ويشمل إلتهاب المثانة البولية الحاد** Acute Cystitis.

٢- إلتهاب المجاري البولية العلوي Infection Upper Urinary Tract **و يشمل إلتهاب حوض و كبيبات الكلى الحاد** Acute Pyelonephritis .

أعراض المرض:

١- الشعور بألم في منطقة فوق العانة (أسفل البطن) **مع حرقة في الخاصرة اليمنى أو اليسرى أو الاثنين معاً.**

٢- الشعور بحرقة عند التبول.

٣- خروج الدم مع البول.

٤- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٥- زيادة عدد مرات التبول خلال النهار و الليل.

وتحدث هذه الأعراض غالباً في إلتهابات المجاري البولية السفلي (إلتهاب

المثانة البولية) (Acute Cystitis)، **والإلتهاب العلوي يكون غالباً مصحوباً بإرتفاع حاد في درجة الحرارة وألم في الخاصرة وتعب وإرهاق عام.**

وفي الأطفال الذين من الصعب معرفة ما يشتكون منه، **يجب الإشتباه بإلتهاب المجاري البولية في حالات إرتفاع الحرارة والتي تستمر لفترة وكذلك في حالات نقص النمو** Thrive Failure.

التشخيص:

بالإضافة للأعراض، يتم التشخيص من خلال:

- إجراء الفحوصات المختبرية للبول، **وعمل زراعة لعينة بول يتم جمعها بطريقة معينة للتشخيص ويجب أن تؤخذ العينة من منتصف عملية التبول وليس البداية أو النهاية لتجنب تلوث العينة بالبكتيريا الموجودة في المنطقة. وتظهر قراءة النتيجة وجود ١٠٠,٠٠٠ جرثومة في المليلتر الواحد من البول أو أكثر، ويشخص المرض بالنسبة للرجال إذا كانت النتيجة ١٠٠٠ جرثومة في المليلتر الواحد من البول أو أكثر مع أعراض الإلتهاب، أما النساء الشابات، فيكون التشخيص حتى إذا كانت النتيجة ١٠٠ أو أكثر مع وجود كريات دم بيضاء في البول أكثر من ١٠ خلية في المليمتر المكعب من البول** Pyuria، **مع وجود أعراض الإلتهاب.**
- إجراء تحليل فوري بإستخدام شريط يبين وجود النيترات (Nitrite) وانزيم الاستيريز (Esterases) من كريات الدم البيضاء في البول (DipStick Test)، **ويمكن عمل هذا التحليل في العيادة والإعتماد عليه في التشخيص مع وجود الأعراض والمؤشرات الأخرى.**
- **أشعة ملونة للمجاري البولية** Excretion Urography **لمعرفة ما إذا كان هناك عيب خلقي أو انسداد في المجاري البولية، وتعمل للحالات التي يكون فيها الإلتهاب متكرر في النساء، ويعمل للرجال والأطفال بعد تشخيص الإلتهاب في المرة الأولى لأن احتمال وجود عيب في المجاري يكون عالياً.**



صورة أشعة ملونة للمجاري البولية، يظهر الانسداد في الحالب الأيسر (السهم الأحمر) ولا يمكـن رؤية باقي الحالب ويشير (السهم الأخضر) على حُوض الكلية اليسرى المتوسع (الكتلـة البيـضاء) نتيجة الانسداد

- أشعة بسيطة للبطن والسونار Plain، (UltraSound Abdominal X-ray) والتي يمكن أن تبين الحصى في المجاري أو وجود انسداد.
- أشعة المثانة البولية والإحليل الملونة أثناء التبول Micturating Cystourethrography، وتعمل خاصة للأطفال الذين تكون نتيجة الأشعة الملونة للمجاري غير طبيعية.
- منظار المثانة البولية Cystoscopy، يعمل خاصة عند تكرار الإلتهاب أو وجود دم في البول وخاصة عند النساء أو الرجال فوق سن الأربعين، وذلك لإحتمال وجود سرطان المثانة.

وهناك حالات أخرى تسبب زيادة مرات التبول والحرقة من دون وجود التهاب بكتيري في المجاري البولية Dysuria Abacteriuric Frequency or وهذه الحالات هي:

- رضخ المثانة البولية بعد العملية الجنسية Cystitis Postcoital.
- إلتهاب المهبل Vaginitis.
- إلتهاب المهبل الضموري Atrophic Vaginitis وإلتهاب الإحليل الضموري Urethritis Atrophic والذي يحدث في النساء بعد سن اليأس، وتكون

الأعراض مشابهة لإلتهاب المجاري البولية.

- إلتهاب المثانة الخلالي Interstitial Cystitis، تصيب النساء بعد سن الأربعين والسبب غير معروف وتشخص هذه الحالة بعد عمل منظار للمثانة البولية Cystoscopy حيث يبين إلتهاب بطانة المثانة وتقرحها.

المضاعفات:

تشير الإحصائيات إلى أن نسبة ٩٠% من الحالات تشفى من دون مضاعفات أو تحطيم لأنسجة الكلية، و ١٠% من الحالات يحصل لها إنتكاسات (معاودة الإلتهاب).

وهناك عوامل مساعدة تزيد من نسبة احتمال حدوث مضاعفات وتحطم لأنسجة الكلية وانتشار الإلتهاب إلى الدم وهي:

- وجود عيب خلقي في الكلية مثل تكيس الكلى Disease Polycystic Kidney
- إرتجاع البول من المثانة إلى الحالب VesicoUreteric Reflux.
- وجود حصى في المجاري البولية مثل حصى الحالب Stones Ureteric أو حصى المثانة البولية Vesical Stones.
- وجود إنسداد في المجاري البولية.
- وجود أمراض أخرى، مثل داء السكري وتكسر كريات الدم الحمراء مثل المنجلية Sickle Cell Disease.
- كثرة استعمال الأدوية المسكنة.



صورة أشعة بسيطة للبطن، تظهر كميـــة كبيرة من الحصى في المثانة البولية

العلاج:

- **يتم علاج الحالات البسيطة بالمضادات الحيوية مثل أموكسيل** Amoxil ٢٥٠ ملغم **ثلاث مرات يومياً، أو نايترفيرنتون** Nitrofurantoin ٥٠ ملغم **ثلاث مرات يومياً، أو تراي ميثوبريم** Trimethoprim ٢٠٠ ملغم **مرتين يومياً لمدة** ٣ إلى ٥ أيام، **لحين ظهور نتيجة فحص زراعة البول وتغيير المضاد وفق النتيجة إذا لزم الأمر ذلك.**
- **الإكثار من شرب السوائل** (٢ ليتر من الماء يومياً أو أكثر) **أثناء العلاج وبعد العلاج بإسبوعين.**
- **إعادة تحليل فحص الزراعة بعد** ٥ أيام **من انتهاء العلاج.**
- **في حالة وجود أعراض لالتهاب حوض الكلى فيجب اعطاء المريض المضاد الحيوي عن طريق الوريد في المستشفى، وبعد استقرار الحالة يعطى المضاد عن طريق الفم لمدة** ٧ أيام.
- **في حالة وجود حرارة مرتفعة وألم في الخاصرة، يجب عمل سونار عاجل لإستثناء وجود انسداد وتجمع قيح في حوض الكلى** Pyonephrosis.
- **في الحالات المتكررة، يجب عمل فحوصات لمعرفة ما إذا كانت هناك حصى في المسالك البولية أم لا** Stones Renal.
- **في الحالات المتكررة يجب أخذ مضاد حيوي كوقاية مثل تراي ميثوبريم** Trimethoprim ١٠٠ ملغم **أو كوترومكسازول** ٤٨٠ ملغم Cotrimoxazole **ليلاً قبل النوم لمدة** ٦ إلى ١٢ شهراً، **أو أخذ قرص نايترفيرنتون** Nitrofurantoin ٥٠ ملغم **بعد الجماع لتقليل إحتمال حدوث الإلتهاب في النساء اللواتي يشتكون من تكرار الإلتهابات.**

ويجب على المريض المصاب بالإلتهاب المتكرر اتباع النصائح التالية:

- **الاكثار من شرب الماء والسوائل تقريباً** ٢ لتر **ماء يومياً.**
- **التبول كل** ٢-٣ ساعات.
- **التبول قبل الذهاب للنوم ليلاً وبعد الجماع.**
- **تجنب حدوث الامساك، لأنه يعرقل إخلاء المثانة من البول.**

التهاب المرارة Cholecystitis:

هو التهاب يصيب الغشاء المبطن لكيس المرارة.

المسببات:

١- الإصابة بأحد البكتيريا التالية:

- المكورات العقدية (Streptococcus).
- المكورات العنقودية (Staphylococcus).

٢- تكون الحصى في المرارة والتي تتسبب في انسداد عنق المرارة، ويشكل هذا العامل ٩٥% من الأسباب.

أعراض المرض:

١- الشعور بمغص حاد يبدأ في الربع العلوي الأيمن من البطن وينتشر إلى الكتف الأيمن ويكون على شكل نوبات حادة.

٢- عسر الهضم.

٣- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٤- غثيان وتقيؤ أصفر اللون.

٥- اليرقان.

التشخيص:

١- إجراء الفحص السريري للمريض والفحوصات المختبرية.

٢- إجراء تصوير للمرارة بالأمواج الصوتية (السونار).

العلاج:

١- يعطى المريض المضادات الحيوية من نوع واسعة الطيف بعد دخوله إلى المستشفى مباشرة.

٢- اتباع حمية غذائية تشمل عدم تناول الأطعمة الدهنية لحين الشفاء التام.

التهاب المعدة Gastritis:

تتعرض المعدة إلى أنواع من الالتهابات التي تصنف إلى:

أولاً- التهاب المعدة غير النوعية.

ثانيا- التهاب المعدة النوعية.

أولاً- التهاب المعدة غير النوعي:

يطلق التهاب المعدة على الالتهاب غير النوعي للغشاء المخاطي المعدي وتصنف حسب شدة الإصابة بها إلى:

١- التهاب المعدة الحاد (Acute Infection Gastritis).

٢- التهاب المعدة المزمنة (Chronic Infection Gastritis).

٣- الالتهاب الصلدة أو الصلبة (Scirrhous or Sclerosing Gastritis).

التهاب المعدة الحاد Acute Infection:

وهو على نوعين:

- **التهاب المعدة خارجي المنشأ:**

أ- التهاب المعدة البسيط (التخريش).

ب- التهاب المعدة بالكاويات (Acute Corrosive Gastritis).

- **التهاب المعدة داخلي المنشأ:**

أ- التهاب المعدة الجرثومي الحاد (Acute Infection Gastritis).

ب- التهاب المعدة الحاد المتقيح (Acute Suppurative Gastritis).

أ- التهاب المعدة البسيط (التخريش) Simple Gastritis :

المسببات:

- **تخرش المعدة بالمواد الكيميائية:**

كتناول بعض الأدوية خاصة إذا كان مقدارها كبيراً أو إذا كان الشخص شديد الحساسية كالساليسيلات والبوتازوليدين والكورتيزون والأدوية المشتقة منه والأدوية اليودية والبرومية وغيرها، ولا تحدث هذه الأدوية التهاب المعدة الحاد إذا استعملت حسب الجرعات الطبية الموصوفة من قبل الطبيب.

- **تخرش المعدة بالمواد الحرورية:**

مثل تناول مقدار كبير من الشاي الكثيف أو القهوة أو الأطعمة الحاوية على الكثير من الفلفل الحار والبهارات.

- تخرش المعدة بالمواد الميكانيكية:

يحدث توسع المعدة الميكانيكي عند كمية كبيرة من الطعام وقد يسبب ذلك حدوث ارتكاس التهابي حاد في معدة مصاب بالتهاب المزمن، كما أن ابتلاع أطعمة أو سوائل حارة جداً أو باردة جداً بمقدار كبير وبسرعة قد ينتج عنه ارتكاس التهابي في المعدة المهيأة للإصابة.

تخرش المعدة بالمواد الجرثومية:

تحدث الجراثيم المبتلعة التهاباً حاداً في المعدة.

أعراض المرض:

لا تظهر أعراض المرض بشكل واضح إلا في حالات الالتهاب الشديدة جداً وتعتمد شدة شكوى المريض على عوامل عديدة مثل شدة العامل المخرش ومدة تأثيره وحالة الغشاء المخاطي المعدي عندما حدث التخريش وأهم الأعراض التي يشعر بها المريض هي:

- إحساس بالحرقة في المعدة.
- إحساس بالضيق وعدم الشعور بالراحة.
- الغثيان والتقيؤ.
- الإسهال.
- طعم الفم الكريه.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد الفحص السريري ويجب على الطبيب أن يفرق بين ظهور هذه الأعراض كالتهاب للمعدة أو إنها انعكاس لأمراض أخرى كالشقيقة وأمراض البطن الحادة العضوية مثل قرحة المعدة والتهاب المرارة والتهاب الزائدة الدودية.

العلاج:

١- إفراغ محتويات المعدة وإجراء غسيل لها بماء دافئ.

٢- يعطى المريض مسحوق حاوياً على البلادون والبيزموت وكربونات الكالسيوم.

٣- يمنع المريض من تناول الطعام والشراب مدة تتراوح بين (١٢ – ٢٤) ساعة ثم يعطى بعدها سوائل دافئة لمدة ٢٤ ساعة أخرى ويتبع بعدها بحمية غذائية خفيفة لعدة أيام.

ب- التهاب المعدة بالكاويات Acute Corrosive Gastritis:

هو التهاب المعدة الشديد الحاد الذي يحدث بعد تناول المواد الكاوية بطريق الفم (كحامض الكبريت وحامض الهيدروكلوريك وغيرها) **أو تناول القلويات** (كالبوتاسيوم والفسفور والليزول).

ويشعر المريض بالحرقة الشديدة في المعدة والشعور بالاختناق فوراً بعد تناوله المادة الكاوية ويترافق هذا الالتهاب بالتهاب المريء دائماً.

وتتعلق شدة الالتهاب في المريء والمعدة بكثافة المادة الحارقة وتأثيرها الكاوي وكميتها ومدة بقائها في المعدة، **وتحدث هذه المواد في المعدة جميع درجات الالتهاب من ازدياد الدم البسيط والاحتقان والونمة إلى التقرحات والموات المؤدي إلى الإنثقاب.**

- **التهابات المعدة داخلية المنشأ:**

أ- التهاب المعدة الجرثومي الحاد Acute Infection Gastritis

سببه غزو جرثومي للمعدة وتشمل أعراضه الغثيان والتقيؤ والأعراض الهضمية الأخرى التي تظهر على المريض بكثرة في الالتهابات الجرثومية الحادة، والتي تكون عادة مصحوبة بحدوث الحمى والتهاب غشاء المعدة المرافق.

ب- التهاب المعدة الحاد المتقيح Acute Suppurative Gastritis

وهو من الحالات النادرة من التهابات المعدة الشديدة الخطورة، وهو التهاب قيحي الشكل يظهر كنتيجة لحدوث اختلاط لحالة تقيح الدم الناتج عن التهاب أحد أجزاء الجسم، مثل التهاب العظم أو نخاع العظم، أو قد يحدث نتيجة لوجود تقرحات في المعدة.

المسببات:

يعود سبب هذا الالتهاب غالباً إلى الإصابة بالمكورات العقدية بالإضافة إلى المكورات العنقودية والعصيات القولونية والمكورات الرئوية.

أعراض المرض:

١- الشعور بمغص شديد في منطقة البطن ويحدث بشكل مفاجئ.

٢- غثيان حاد وتقيؤ.

٣- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٤- الضعف العام والشعور بالوهن.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد فحص المريض سريرياً، فإذا حدثت الأعراض السابقة أثناء تقيح الدم بالمكورات العقدية أو غيرها في حالة الشخص المصاب بالتهاب مزمن في أحد أجزاء الجسم، وضع احتمال وجود هذا النوع من التهاب المعدة، كما يجرى للمريض الفحوصات المختبرية من أجل تحديد نوع المكورات المسببة لهذا الالتهاب.

العلاج:

تعالج حالات خراجات المعدة الموضعية جراحياً.

ج- التهاب المعدة المزمن **Chronic Infection**:

المسببات:

يحدث التهاب المعدة المزمن نتيجة لتكرار الإصابة بالتهاب المعدة الحاد إذ أن التبدلات الالتهابية المزمنة تحدث في الغشاء المخاطي للمعدة نتيجة لأحد الأسباب التالية:

١- ابتلاع الجراثيم المرضية نتيجة لتناول الأطعمة الملوثة بالبكتيريا والجراثيم المرضية.

٢- تنوع الأنماط الغذائية واستعمال التوابل والبهارات والفلفل بكثرة.

٣- التدخين.

٤- إدمان المشروبات الكحولية.

٥- زيادة إفراز حامض الهيدروكلوريك (HCl) في المعدة.

٦- تناول الأدوية التي تسبب الضرر للمعدة كالأسبرين وغيرها.

٧- الاضطرابات النفسية التي تلعب دوراً هاما في آلية المرض.

٨- الإصابة بأمراض الأوعية الدموية كتصلب الشرايين وقصور القلب وازدياد التوتر في الوريد البابي الناتج عن الأمراض الكبدية الطحالية، قد تؤهب من خلال إحداثها نقص الأوكسجين الدموي لحدوث التبدلات الالتهابية المزمنة في الغشاء المخاطي.

٩- بلع الطعام بسرعة دون مضغه جيداً أو تكرر تناول الأطعمة الباردة جداً أو الساخنة جداً بصورة سريعة يساعد في إحداث التهاب المعدة المزمن.

١٠- انسداد الفتحة البوابية بسبب الإصابة بسرطان المعدة أو قرحة الإثني عشري مما ينتج عنه ركود الطعام في المعدة لفترة طويلة مما يجعل الغشاء المخاطي للمعدة أكثر تقبلاً للالتهاب.

أعراض المرض:

١- ألم حاد في المعدة يزداد عند تناول الطعام مما يجعل المريض يعاني من الجوع الشديد.

٢- الإحساس بالحموضة والحرقة والغثيان.

٣- تغير لون البراز إلى اللون الأسود نتيجة للنزف الذي يسببه الالتهاب.

التشخيص:

يتم تشخيص التهاب المعدة بعد إجراء الفحص السريري بالإضافة إلى فحص المعدة بالمنظار (Gastroscopy)، ويمكن تمييز أنواع عديدة من التهابات المعدة المزمنة من خلال المنظار المعدي منها:

د- التهاب المعدة السطحي **Superficial Gastritis**:

يتميز هذا النوع من خلال الفحص بالمنظار باحمرار الغشاء المخاطي والوذمة ويكون الغشاء المخاطي المبطن للمعدة سريع الخدش وكثيراً ما تحدث سحجات صغيرة فيه لذلك تسمى هذه الحالات بالشكل النزفي أو القرحي.

وليس لهذا النوع من التهاب المعدة أعراض خاصة وكثيراً ما يبدو بواسطة المنظار فقط دون أن يشكو المريض من أي عرض سريري، أما أسبابه فهي غير معروفة وليس له علاج معين.

التهاب المعدة الضموري Atrophic Gastritis:

يشخص هذا النوع من التهاب المعدة من خلال المنظار، حيث تتميز المناطق المصابة بــــ:

- تلون الغشاء المخاطي باللون البني أو البني المخضر الناجم عن رقته على العكس مما يشاهد في الحالة الطبيعية، حيث يكون فيها الغشاء الطبيعي برتقالياً محمراً.

- **تشاهد تفرعات الأوعية الدموية خلال الغشاء المخاطي الرقيق، وغالباً ما يكون الضمور بشكل بقع موضعية غير إن الغشاء المخاطي المعدي غالباً ما يكون ضامراً بكامله.**

ويعتقد بأن التهاب المعدة الضموري هو الشكل النهائي لجميع أنواع التهابات المعدة المزمنة، **ويبدو ضمور الغشاء المخاطي للمعدة في حالات فقر الدم الخبيث حيث يكون الغشاء ضامراً بكامله، وبعض أنواع فقر الدم الناتجة عن نقص الحديد، ويتحسن المريض كثيراً بعد أخذ العلاج المناسب وغالباً ما يكون هذا الالتهاب بداية لفقر الدم الخبيث وبولييات المعدة وسرطان المعدة.**

وتكون أعراض هذا الالتهاب في معظم الحالات إما مفقودة أو غير معينة وتظهر بأشكال مختلفة من أعراض اضطرابات الجهاز الهضمي، **أما علاجه فلا يعطي نتائج إيجابية إلا في الحالات التي تكون مترافقة مع فقر الدم الخبيث أو المترافقة بنقص الحديد.**

التهاب المعدة الصلد أو الصلب (Scirrhous or Sclerosing Gastritis):

ويسمى أيضاً التهاب المعدة الكتاني المصور (Linitis Plastica) **وهو حالة نادرة من التهاب المعدة تصبح فيها حجم المعدة صغيراً ومنقبضاً وقاسياً، وينتج ذلك عن التليف الكثيف المنتشر في النسيج تحت الغشاء المخاطي، ويصيب هذا النوع الرجال ما بين سن الأربعين والسبعين من العمر**، ويكون على نوعين التهاب خبيث والتهاب حميد.

والنوع الخبيث هو سرطان المعدة وهو أكثر حدوثاً من النوع السليم، وفي هذا النوع من الالتهاب تكون الأعراض الظاهرة هي الأعراض الناتجة عن نقص سعة المعدة وتتمثل هذه الأعراض بما يلي:

- **الشبع الباكر والشعور بالامتلاء بعد الطعام.**
- **التجشؤ** (Eructation) **والتقيؤ أحياناً.**
- **نقص التغذية التدريجي وما ينتج عنه من اضطرابات بنيوية ونحول.**

العلاج:

تعالج هذه الحالة جراحياً وذلك باستئصال المعدة ويفضل الكثير من الأطباء ترك المريض وشأنه دون تعريضه لمزيد من المعاناة.

ولعلاج التهاب المعدة المزمن بصورة عامة يجب اتباع ما يلي:

١ - التوقف عن التدخين.

٢ - التوقف عن تناول الكحول.

٣ - توفير الراحة النفسية للمريض، وابعاده قدر الإمكان عن كل ما يمكن أن يسبب له التوتر العصبي والنفسي.

٤ - الابتعاد عن تناول الأطعمة المخرشة للمعدة الحاوية على البهارات والفلفل الحار والتوقف عن تعاطي الأدوية الضارة بالمعدة.

٥ - إعطاء المريض الأدوية المضادة للحموضة من أجل معادلة حموضة المعدة وتقليل الشعور بالحموضة والحرقة.

التهاب الملتحمة Conjunctivitis :

وهو حالة تهيج ملتحمة العين، ويسمى أيضاً بالعين الوردية إذا كان التهاب ملتحمة العين حاداً Acute Conjunctivitis، وملتحمة العين هي طبقة من نسيج شفاف يغطي بياض العين والسطح الداخلي في الجفن العلوي والسفلي، وتقوم الملتحمة بالمحافظة على نعومة السطح الأملس والناعم بين العين والجفن بما تفرزه من مادة مخاطية رقيقة.

المسببات:

- إصابة الملتحمة بإلتهاب بكتيري أو فايروسي وعادة ما تكون مصحوبة بإفرازات مخاطية تميل إلى الصفار.
- إصابة الملتحمة بالحساسية من لقاح النبات كما في حالات الرمد الربيعي ويشكو المريض عادة من حكة شديدة في العين.
- دخول جسم غريب في العين مثل الغبار.
- تعرض ملتحمة العين لعوامل بيئية مختلفة مثل (الدخان - المواد الكيمائية ..الخ).



أعراض المرض:

- **حرقة وحكة وتدميع في العين.**
- **إحتقان الأوعية الدموية مسبباً إحمرار العين.**
- **زيادة إفرازات الغدد المخاطية للمخاط على سطح العين** (القمص).
- **الشعور بالضيق الشديد نتيجة الاحساس بوجود شئ صلب مستقر داخل مقلة العين.**
- **قد يتكون صديد في العين.**
- **قد يلتصق الجفنان معاً أحياناً.**

العلاج:

يعتمد العلاج على التشخيص السليم، لذا يجب مراجعة الطبيب لتحديد السبب ليتم علاجه وكما يلي:

١- **إستعمال قطرات المضاد الحيوي في حالة الإلتهاب البكتيري.**

٢- **إستعمال أدوية مضادة للحساسية** (قطرات العين أو أدوية عن طريق الفم) **في حالات الحساسية.**

٣- **ينصح الطبيب بإستعمال كمادات باردة أو غسول للعين في بعض الحالات عند التشخيص المبكر.**

٤- **في حالات دخول جسم غريب** (لا بأس من غسل العين بماء جار نظيف) **وينبغي عدم فرك** (دعك) **العين أو محاولة إخراج الجسم ذاتياً، بل يجب مراجعة طبيب العيون في أسرع وقت ممكن في حالة إستمرار الأعراض.**

أما الالتهابات الفايروسية فإنها لا تستجيب لهذه الأدوية عادة، وتستمر لفترة طويلة أو قد تزول من تلقاء نفسها، وهي تصيب القرنية (النسيج الشفاف في مقدمة العين) وتتأثر حاسة البصر عند المريض نتيجة لذلك. أما الالتهابات الناتجة عن التعرض للمواد الكيميائية فقد تتسبب في تلف خطير للعين، ويمكن التقليل من هذا التلف عن طريق غسل العين فورا بماء دافئ.

ويجب مراجعة طبيب العيون في حالة إستمرار إحمرار العين لفترة طويلة أو تكرار الإصابة، أو عند وجود أعراض أخرى مصاحبة لإحمرار العين مثل:

- آلام في العين.
- ضعف النظر.
- الحساسية (الإنزعاج) من الضوء (Photophopia).

ويكون الإلتهاب البكتيري عادة معدياً بصورة كبيرة لذلك يجب تجنب الإتصال المباشر مع المريض (باليد مثلاً) أو أن مشاركته إستخدام المناشف والمناديل.

وليس كل إحمرار للعين هو إلتهاب الملتحمة إذ أن هناك أسباباً أخرى لإحمرار العين وبعضها يكون أكثر خطورة على النظر مثل:

١- إرتفاع ضغط العين الحاد (Acute Glaucoma).

٢- قرحة القرنية (Corneal Ulcer).

٣- إلتهاب القزحية (Iritis).

التهاب النسيج الخلوي Cellulitis:

هو عبارة عن التهاب جلدي عميق، يصيب طبقة اللحمة (الطبقة الشحمية تحت الجلد)، **وغالباً ما تظهر هذه الإصابة بشكل حاد ومفاجئ، وتقع غالباً في المناطق الغنية بالنسيج الدهني كمنطقة الفخذين والإليتين والبطن.**

المسببات:

الإصابة بنوع من بكتيريا المكورات العقدية.

أعراض المرض:

١- ظهور ونمة تكون مؤلمة جداً وحارة، وتنتشر في الجلد.

٢- إحمرار الجلد.

٣- تضخم العقد الليمفاوية المجاورة.

العلاج:

تعالج هذه الحالة بالمضادات الحيوية عن طريق الفم، **واستعمال الدهونات المضادة للبكتيريا موضعياً، وينصح باستعمال كمادات باردة على الجلد المصاب لتخفيف الاحتقان.**

التهاب بكتيري لغشاء القلب الداخلي Bacterial Endocardits:

هو التهاب يصيب الغشاء الداخلي للقلب، وهو مرض خطير يتسبب في إحداث تلف متزايد للصمامات القلبية، وأكثر أجزاء القلب تعرضاً للإصابة هما صمام الميترال والصمام الأبهري، ونتيجة لهذا الالتهاب فإن قدرة القلب على ضخ الدم تتناقص، وإذا لم تعالج هذه الحالة، فإنها تسبب الهلاك للمريض بدون شك.

المسببات:

١- عدوى بكتيرية تصيب غشاء القلب الداخلي مسببة التهاب الغشاء المبطن للقلب.

٢- إصابة القلب الذي كان قد سبق تأثره بنوبة من نوبات الحمى الروماتزمية.

العلاج:

يعالج المريض بإعطاء جرعات من البنسلين أو أحد مشتقاته حيث يعتبر البنسلين (Penicillin) العلاج الفعال لشفاء هذه الحالة، وذلك لأن المضادات الحيوية (Antibiotics) بشكل عام يمكنها القضاء على البكتيريا المهاجمة وبذلك يتم إيقاف تقدم المرض وإنقاذ حياة المريض.

إلتهاب جلد منطقة الحفاض Diaper Dermatitis:

هو التهاب يصيب جلد الأطفال الرضع في منطقة الحفاظ، وقد بدأت هذه الحالة في الظهور المتزايد مع شيوع استعمال الحفاظ للأطفال الرضع وبدرجات مختلفة في الشدة.

المسببات:



١- زيادة الرطوبة في الجلد:

أ- حيث تكون الطبقة الخارجية للحفاظ مصنوعة عادة من البلاستيك فتمنع التسرب إلى خارج الحفاظ بالإضافة إلى ملامسة الجلد للبول والغائط لفترة طويلة فيحدث التهاب جلد منطقة الحفاظ.

ب- استعمال بعض مستحضرات التنظيف (أو الصابون) التي قد تسبب الحساسية

وتهيج الجلد (contact Dermatitis).

الوقاية :

١- التنظيف الجيد للجلد بالماء الدافئ واستخدام نوعية صابون خفيف القلوية.

٢- استعمال نوعية حفاظ عالية الامتصاص تقلل من رطوبة الجلد.

٣- الاستعمال المتكرر (مع كل تغيير للحفاظ) لدهان واقي مثل الدهان البترولي (Petroleum Gel) أو دهان يحتوي على عنصر الزنك (Zinc Cream).

العلاج:

١- تكرار عدد مرات تغيير الحفاظ.

٢- زيادة معدل استعمال دهان الزنك.

٣- زيادة الفترات التي يتعرض لها جلد منطقة الحفاظ للضوء والهواء.

٢- التهاب الجلد الفطري **Moniliasis**:

هو التهاب يصيب جلد منطقة الحفاظ بسبب الزيادة في رطوبة الجلد وقد يصاحبه التهاب الفم الفطري (Monilial Thrush) وهو ليس التهاباً خطيراً.

العلاج:

استعمال دهان مضاد للفطريات، بالإضافة لطرق العناية السابقة.

٣- أسباب أخرى:

هناك أسباب أخرى وإن كانت نادرة لالتهاب جلد منطقة الحفاظ ينبغي الاهتمام بها وخاصة عندما يكون الالتهاب مزمناً مثل:

أ- التهاب الجلد الدهني الممثوث (الأكزيما الدهنية) (Seborrhoic Dermatitis) وهو عادة يصيب مناطق أخرى من الجلد خاصة فروة الرأس وثنايا الجلد حول المفاصل والرقبة.

العلاج :

يعالج باستعمال دهان الكورتيزون.

ب- التهاب الجلد الناتج عن نقص معدن الزنك (Enteropathica Acrodermatitis) وهو أيضاً يصيب مناطق أخرى من الجسم وخاصة أصابع اليد والفم.

ج- **التهابات جلدية بكتيرية ويتطلب علاجها استعمال المضادات الحيوية** (دهان وشراب).

د- **هناك التهابات وأمراض جلدية أخرى نادرة قد تصيب جلد منطقة الحفاظ بالإضافة إلى مناطق أخرى من الجسم مثل التهاب جلد منطقة الحفاظ الصدفي** (Psoriasis Diaper).

لذلك يجب مراجعة الطبيب عندما يصبح التهاب جلد منطقة الحفاظ مزمناً ولا يستجيب لطرق العلاج السابقة حتى يعطى الطفل العلاج اللازم بعد التشخيص الدقيق.

إلتهاب رئوي Pneumonia:

هو التهاب يحصل في جزء من الرئة أو في كلتا الرئتين، **وهو مرض غير سار، وقد كان مرض الالتهاب الرئوي حتى ربع قرن مضى يقتل حوالي ثلث ضحاياه قبل تطور المضادات الحيوية، التي قللت من تهديدات هذا المرض بالرغم من إنه لا يزال يصيب الأطفال والكبار على حد سواء.**

أنواع الالتهاب الرئوي:

هناك ثلاثة أنواع من الالتهاب الرئوي تختلف عن بعضها البعض تماماً ويسهل تمييزها، ورغم الاختلافات الهامة بين هذه الأنواع إلا إن أعراضها ترجع إلى حدوث التهاب في الحويصلات الرئوية، وهذه الأنواع هي:

أ- **التهاب رئوي غير المطابق** (غير التقليدي) (Atypical Pneumonia).

ب- **التهاب رئوي فصي** (ذات الرئة الفصية) (Lobar Pneumonia) .

ج- **التهاب رئوي قصبي** (التهاب رئوي شعيبي) (Broncho Pneumonia).

التهاب رئوي غير المطابق (غير التقليدي) Atypical Pneumonia:

هو مرض أقل خطورة من الالتهاب الرئوي الفصي والالتهاب الرئوي القصبي (الشعيبي)، **ويشفى المصابون بهذا النوع من الالتهاب بسرعة حتى من دون علاج أحياناً، وسبب الإصابة بهذا الالتهاب هو عدوى عدوى الرئتين بالفايروسات، ويكون هذا النوع من الالتهاب معد.**

التهاب رئوي فصي (ذات الرئة الفصية) Lobar Pneumonia:

هو أكثر أنواع التهاب الرئة إزعاجاً إذ يصيب الالتهاب فصاً كاملاً من نسيج الرئة (أو جزءاً كبيراً من الفص على الأقل) دفعة واحدة، **وغالباً ما يصاب الجزء السفلي من الرئة، ويحدث هذا الالتهاب عادة بعد إصابة شديدة من إصابات الجهاز التنفسي وتستمر الحالة مع العلاج لمدة أسبوعين تقريباً.**

المسببات:

الإصابة بالمكورات السبحية (Streptococci CL) **من نوع النيمونيا العصوية** (Streptococcus) **حيث تتواجد في فم المريض وحلقه، وهناك عدة فصائل من هذه البكتيريا، يعتبر بعضها فقط المسببات الهامة للالتهاب الرئوي الفصي.**

وتغزو البكتيريا المسببة للالتهاب الرئوي الرئتين أحياناً دون أن تحدث أي مرض، **ويسمى الذين أصابتهم العدوى بهذه الطريقة** "حاملو العدوى" (Carriers)**، وهم يتمتعون بصحة جيدة دون أعراض، ولكنهم ينقلون العدوى إلى الأشخاص الآخرين.**

أعراض المرض:

١- ارتفاع شديد في درجة حرارة الجسم.

٢- الآم شديدة في منطقة الصدر تزداد كلما انتشر الالتهاب إلى الأغشية المغلفة للرئتين.

٣- سعال.

٤- صداع.

٥- تسارع في نبضات القلب.

٦- صعوبة التنفس مع تسارعه.

المضاعفات:

١- تليف الرئة.

٢- التهاب الغشاء البلوري (غشاء الجنب).

٣- التهاب أغشية السحايا (Meningitis).

٤- التهاب غشاء التامور (Pericarditis).

العلاج:

يعطى المريض أدوية السلفا (Sulphonamide)، والمضادات الحيوية (Antibiotics)، كما يعطى الأدوية الخافضة للحرارة مع عمل الكمادات الباردة، وإذا كانت حالته شديدة فيدخل إلى المستشفى لإعطاءه الأوكسجين.

التهاب رئوي قصبي (التهاب رئوي شعيبي) Broncho Pneumonia:

هو التهاب يشمل بصورة أساسية نسيج الرئة الملاصق للمسالك التنفسية الصغيرة، أي **الشعيبات (Bronchioles) والشعيبات الصغرى (Lesser Bronchi)، ويحدث بعد الإصابة بالتهاب الحلق أو بعد الإصابة بالتهاب القصبات الهوائية حيث أنه أحد مضاعفات هذين الالتهابين، ويكون هذا المرض أقل اتساعاً.**

المسببات:

قلما تكون البكتيريا المسببة للنيمونيا العصوية هي سبب الالتهاب الرئوي الشعيبي، وهناك حالات قليلة تحدث نتيجة حساسية أو من استنشاق مواد كيميائية مهيجة، ولكن السبب الرئيسي هو الإصابة بواحدة أو أكثر من البكتيريا المختلفة التي توجد في المسالك التنفسية (Respiratory Passages) للأشخاص الأصحاء وهذه البكتيريا هي:

- **المكورات العقدية (StreptococCL).**
- **المكورات العنقودية (StaphylococCL).**
- **عصيات السل (Tubercle Bacillus).**

وتكون هذه الجراثيم في الظروف الطبيعية مكبوتة ومضعفة بواسطة وسائل الجسم الدفاعية الطبيعية، **ولكنها تتكاثر بسرعة مسببة المرض عندما تضعف هذه الوسائل بسبب العديد من الأمراض التي يصاب بها الشخص، وخاصة في صغار السن جداً وفي المسنين، ولهذا السبب فإن الالتهاب الرئوي الشعيبي هو أحد المضاعفات الشائعة في أمراض الأطفال كالحصبة (Measles) والسعال الديكي (Whooping Cough).**

وكثيراً ما يكون في البالغين أحد مضاعفات الأنفلونزا.

أعراض المرض

١- **سعال منتج لبلغم قيحي** (يكون لونه أصفر غامق أو أخضر).

٢- **صعوبة في التنفس.**

٣- **ارتفاع درجة حرارة الجسم.**

٤- **آلام الصدر.**

٥- **الوهن والضعف والإعياء العام.**

وتعتبر الحالة مزمنة اذا استمر السعال عدة أشهر سنوياً وعلى مدى عامين متتاليين وقد يكون الالتهاب الشعبي مصحوباً بانتفاخ الرئة.

التشخيص:

١- **إجراء الفحص المختبري للبلغم: حيث يتم فحص البلغم تحت المجهر لتحديد سبب الإصابة ونوع المسبب.**

٢- **إجراء تصوير الصدر بالأشعة السينية** (Chest X-Ray).



صورة أشعة لإلتهاب رئوي في الرئة اليمنى (السهم الأحمر)



صورة مجهرية لصيغة غرام لعينة بلغم، تبدو فيها البكتيريا كعصيات حمراء (السهم الأسود)

العلاج:

يتضمن علاج هذه الحالة إعطاء المريض المضادات الحيوية (Antibiotics)، **وتعطى لفترة كافية تكون عادة لمدة** ١٠ أيام **إلى أسبوعين على الأقل، بالإضافة إلى**

الأدوية المضادة للسعال، والأدوية الخافضة للحرارة وكذلك الاهتمام بالحالة العامة للمريض وتحسين تغذيته، وإعطاء المريض سوائل كافية، وتكون الاستجابة للعلاج عادة تدريجية بحيث يشعر المريض بتحسن خلال ٣ أو ٤ أيام **وليس بشكل فوري، وفي حالة أخذ العلاج بشكل صحيح تكون نسبة الشفاء من الالتهاب الرئوي** ١٠٠ %.

التهاب السحايا Meningitis:

هو مرض يصيب الأغشية التي تغطي الدماغ والنخاع الشوكي والتي تعرف باسم السحايا، **وكذلك يصيب السائل الدماغي الشوكي الذي يحيط بالدماغ والنخاع الشوكي، ويكون الرضع والأطفال هم أكثر الفئات تعرضاً للاصابة بالمرض، وكذلك الانسان الضعيف أو الأشخاص المصابين بفقر الدم.**

ويتماثل معظم المرضى للشفاء التام. **وقد يسبب التهاب السحايا البكتيري تلفاً حاداً للدماغ ينتهي بوفاة المريض، أو قد يؤدي أحياناً الى الشلل والصمم وضعف العضلات والتخلف العقلي والعمى.**

المسببات:

يحدث التهاب السحايا نتيجة العدوى بالبكتريا والفايروسات الموجودة في الجهاز التنفسي حيث تنتقل عن طريق الدم وتحدث تغييرات كيميائية في الدماغ.

أعراض المرض:

تختلف الأعراض باختلاف عمر المريض، وتكون أعراض التهاب السحايا البكتيري أكثر حدة من أعراض التهاب السحايا الفايروسي، وتشمل الأعراض لدى الرضع والأطفال:

- ارتفاع درجة الحرارة.
- غثيان وتقيؤ.
- فقدان الشهية.
- نعاس.
- تشنجات وارتعاش الأطراف.

أما الأطفال الأكبر سناً والراشدين فتشمل الأعراض:

- ارتفاع درجة الحرارة.
- صداع.
- الآم الظهر والعضلات.
- حساسية العين للضوء.
- تصلب في العنق.

العلاج:

يجب إبقاء المريض تحت المراقبة والرعاية الطبية التامة حيث لايوجد علاج محدد فعال ضد التهاب السحايا البكتيري، **ويعالج بالمضادات الحيوية، ويعتمد نوع المضاد الحيوي المستعمل على نوع البكتريا المسببة، وأكثر المضادات الحيوية المستعملة في علاج الالتهاب البكتيري هي البنسلين والأمبيسلين والكلورامفينكول، أما الالتهاب الفايروسي فليس هناك علاج فعال للشفاء منه.**

التهاب غشاء التأمور Peicarditis:

هو التهاب يصيب غشاء التامور (Pericard) الذي يحيط بالقلب، **ويتكون هذا الغشاء من طبقتين تحيطان بالقلب من الخارج على شكل كيس أو محفظة، وظيفته حماية القلب من المؤثرات الخارجية، وتحديد انبساط عضلة القلب بالدرجة الأولى، ويصيب التهاب غشاء التامور كلتا الطبقتين معاً.**

المسببات:

١- **أسباب مجهولة** (أساسية) (Idiopothic).

٢- **عدوى عن إصابة بالتهاب غشاء شغاف القلب** (Endo Carditis).

٣- **الإصابة بالتهاب فايروسي** (Viral infection).

٤- **الإصابة باحتشاء العضلة القلبية الحاد** (Acute Myocardial Infarction M.I).

٥- **الإصابة بالأمراض المناعية** (Autoimmune).

٦- **بعد التعرض للأشعة** (Radiation) **بأشهر أو سنوات.**

٧- **الإصابة بالتدرن الرئوي** (Tuberculosis T.B.).

٨- **الإصابة بالتسمم الدوائي** (Drug Toxicity).

٩- **التعرض للرضوض الصدرية** (Trauma).

١٠- **اليوريميا** (Uremia).

١١- **أمراض الأوعية الغرائية** (Collagen).

أنواع التهاب غشاء التأمور:

١- **التهاب غشاء التأمور الحاد** (Acute Pericarditis).

٢- **التهاب غشاء التأمور تحت الحاد** (Subacute Pericarditis).

٣- **التهاب غشاء التأمور المزمن** (Chronic Pericarditis). وفي حالات نادرة يفقد غشاء التأمور مرونته ويتحول إلى غلاف قاسي يتسبب في إعاقة حركة القلب.

٤- **التهاب التأمور العاصر** (Constrictive Pericarditis).

وقد يسمى التهاب غشاء التأمور حسب نوعية السائل الراشح بين طبقتيه بما يلي:

١- **التهاب التأمور الدموي: يكون السائل المجتمع بين الطبقتين دموي.**

٢- **التهاب التأمور المصلي: يكون السائل المتجمع مصلي.**

٣- **التهاب التأمور الليفي: يكون السائل المتجمع ذو طبيعة ليفية.**

أعراض المرض:

١- **ألم حاد في منطقة الصدر يخف عند الانحناء إلى الأمام.**

٢- **الاحتكاكات التأمورية وهي العلامة المشخصة لهذا المرض.**

٣- **اضطرابات تظهر في تخطيط القلب الكهربائي** (ECG).

٤- **خفوت أصوات القلب بسبب تجمع السائل بين الطبقتين.**

التشخيص:

١- **الفحص السريري.**

٢- **إجراء الفحوصات المختبرية وأهمها: فحص إنزيم** (M.B.C.K.).

٣- **إجراء تخطيط القلب** (ECG).

العلاج:

١- **معالجة السبب الذي أدى إلى التهاب غشاء التأمور.**

٢- **إعطاء المريض دواء الأسبرين أو الأندوميثازين.**

٣- **في بعض الأحيان يتم بزل السائل المتجمع بين طبقتي غشاء التأمور إذا كان هذا السائل كثيراً بعملية جراحية تدعى عملية البزل الصدري.**

٤- المعالجة الجراحية: **حيث تتم معالجة هذه الحالة جراحياً وخاصة في حالة التهاب التأمور العاصر.**

إلتهاب قناة الأذن الخارجية Otitis Externa:

هو التهاب بكتيري أو فايروسي يصيب جلد قناة الأذن الخارجية، **وأكثر الأنواع حدوثاً هو التهاب القناة البكتيري غير المحدود** (أذن السباحين Swimmer's ear) **الذي ينتج من زيادة الرطوبة أو الماء في القناة فيؤدي إلى قلة حموضة القناة وتحطم بطانة الأذن الخارجية، وتزداد الإصابة في أيام الصيف والرطوبة في البلدان ذات الطقس الحار.**

وتكون قناة الأذن مغطاة بالجلد الذي يحتوي على الشعر وغدد دهنية وغدد إفرازية تفرز مادة لزجة، **تعرف بشمع الأذن** (Cerumen) **والذي يشكل حماية للقناة من الالتهابات لأنه حامضي ويحتوي كذلك على مضادات وإنزيمات، فأي عامل يسبب تحطيم هذه الطبقة أو تقليل حموضتها يؤدي إلى التهاب القناة ومن هذه العوامل إزالة الشمع بالتنظيف الزائد باستخدام أعواد القطن.**

أنواع التهاب قناة الأذن الخارجية:

- **التهاب بكتيري حاد وغير محدود.**
- **التهاب بكتيري حاد ومحدود.**
- **التهاب مزمن.**
- **التهاب فطريات.**
- **التهاب تحسسي** Eczematous.

المسببات:

يحدث التهاب قناة الأذن الخارجية بسبب الإصابة بأحد أنواع الجراثيم التالية:

- **سيدومونوس ايروجنوسا** Pseudomonas aeruginosa **وتسبب نصف الحالات.**
- **بروتيوس ميرابيلاس** Proteus mirabilis.
- **ستافلوكوكس أوريوس** Staphylococcus aureus.
- **فطريات مثل أسبرجيلوس** Aspergillus **و كانديدا** Candida.

أعراض المرض:

- **ألم في الأذن يكون في البداية خفيف إلى متوسط الشدة مع إفراز سائل خفيف أو قيحي وتكون القناة غير مسدودة.**
- **تزداد حدة الألم مع حدوث تجمع للإفراز والخلايا الميتة في القناة وانسدادها مما يؤدي إلى الصمم** (هبوط في السمع).
- **انتفاخ الغدد الليمفاوية المحيطة بالأذن.**
- **التهاب أنسجة صيوان الأذن.**

الوقاية:

- **منع دخول الماء إلى قناة الأذن باستخدام سدادات خاصة لهذا الغرض وخاصة في حمامات السباحة.**
- **إخراج الماء من قناة الأذن بعد الانتهاء من السباحة وذلك بميلان الرأس جانبياً مع سحب صيوان الأذن للخلف والأعلى ومن ثم تنشيف الماء الخارج.**
- **تنشيف قناة الأذن باستخدام هواء منشف الشعر الخفيف.**
- **لا ينصح باستخدام أعواد القطن لتنظيف القناة لأنها تدفع بشمع الأذن إلى الداخل باتجاه طبلة الأذن كما أن التنظيف الزائد يزيل طبقة الشمع الواقية ويحطم الطبقة السطحية للقناة مما يجعلها عرضة لهجوم الجراثيم والإلتهاب.**



قناة ملتهبة تحتوي على خلايا ميتة وإفراز (اللون الأبيض)



التهاب فطري للقناة (العصيات الصفراء)

العلاج:

- إذا كانت القناة غير مسدودة، يكون استخدام قطرة الأذن كافياً.
- في حال انسداد قناة الأذن الخارجية بالإفراز فيجب تنظيف القناة جيداً من الإفراز من قبل الطبيب المختص واستخدام فتيلة مع مرهم موضعي أو القطرة.
- إذا كان الالتهاب ممتداً إلى صيوان الأذن أو الوجه فتستخدم مضادات حيوية عن طريق الفم.
- تحتوي معظم قطرات الأذن على مضاد للفطريات وكذلك على الكورتيزون وإذا كان التشخيص التهاب فطري فتستخدم في هذه الحالة مضادات الفطريات.

إلتهاب قناة فالوب Salpingitis:

هو التهاب يصيب قناتي فالوب.

المسببات:

عدوى بسبب إصابة الرحم بالالتهاب حيث أن الأسباب المؤدية إلى إلتهاب قناتي فالوب هي نفس الأسباب التي ينتج عنها إلتهاب الرحم.

أعراض المرض:

١- ارتفاع في درجات الحرارة.

٢- تورم قناتي فالوب ويكون مصحوباً بإفرازات مختلفة.

٣- الشعور بالأوجاع الموضعية في المعدة والصداع.

٤- اضطراب الحيض.

المضاعفات:

يتطور هذا الالتهاب إذا لم يعالج ويصبح التهاباً مزمناً ويحدث نتيجة الالتهاب المزمن تضيق في قناتي فالوب، **وهذا التضيق يحدث بالتدريج حتى تغلق هاتين القناتين تماماً في النهاية مما يتسبب عنه إصابة المرأة بالعقم.**

التهابات الحوض:

وتشمل التهاب الرحم وقناتي فالوب (أو البوقين) **والمبيضين والأنسجة**

المحيطة بها والغشاء البريتوني المبطن لها والأعضاء الحشوية الأخرى، وتكون التهابات الحوض أما حادة أو ما تحت الحادة أو مزمنة.

المسببات:

- **إصابات بكتيرية، وقد تتعدد البكتيريا المسببة في الإصابة نفسها، ومنها المكورات التي تسبب ما يسمى بالسيلان أو بكتيريا الكلاميديا.**
- **إصابات فطرية.**
- **إصابات فايروسية أو طفيلية وقد تشترك معاً.**
- **إصابة أحد الزوجين من خلال العلاقات الجنسية مع شخص مصاب.**
- **العدوى من التهاب في منطقة مجاورة** (الانتقال من التهاب الزائدة الدودية)، **أو من التهاب بسبب وجود لولب داخل الرحم وانتقاله من التهاب الرحم وما حوله إلى المناطق المجاورة.**

كما يمكن أن يحدث بسبب عملية جراحية أجريت في منطقة مجاورة مثل عملية قيصرية أو عملية جريف لمخلفات حمل بعد الاسقاط الناقص، أو في مرحلة النفاس بعد الولادة حيث تقل مناعة الجسم ويسهل انتشار الالتهاب إلى المناطق المجاورة.

وقد يتوضع هذا الالتهاب في عضو ما مثل قناتي فالوب **فيؤدي إلى تجمع مصلي يتحول إلى قيحي وبالتالي قد ينتشر إلى المبيضين ويكوّن الخراج البوقي المبيضي أو قد ينتشر أكثر فيؤدي إلى التهاب حوضي معمم وبالتالي إلى خراج حوضي.**

وتكون المرحلة الحادة في هذه الحالات المتقدمة قد تحولت مرحلة مزمنة إذا لم تعالج كما يجب، **كما قد تؤدي إلى حدوث التصاقات في المنطقة ومنها التصاقات وانسدادات قناتي فالوب مما يؤثر على الإنجاب مستقبلاً ويؤهب إلى حدوث حمل خارج الرحم في حال الانسدادات الجزئية.**

أعراض المرض:

١ - **الشعور بآلام بطنية في المنطقة فوق العانة والمنطقتين الخنليتين أيضاً** (جانبي أسفل البطن) **وتختلف هذه الآلام في شدتها حسب العضو المصاب وشدة الالتهاب.**

٢ - **ارتفاع في درجة حرارة الجسم.**

٣- **وجود إفرازات مهبلية قد تكون صفراء وذات رائحة كريهة.**

٤- **آلام شديدة بالفحص السريري عند تحريك العضو المصاب** (وخاصة عنق الرحم).

٥- **ارتفاع في عدد الكريات البيضاء وسرعة التثفل في الدم.**

٦- **قد تتطور الحالة في الحالات الشديدة وفي حالات وجود التهاب الغشاء البريتوني وتجمع خراج.**

العلاج:

يكون العلاج بالمضادات الحيوية القوية عن طريق الحقن أو عن طريق الفم حسب شدة الاصابة، **وقد تحتاج الحالة إلى تداخل جراحي يتم فيه فتح البطن لتفريغ الخراج وأخذ عينة من القيح والافرازات للزرع وتحديد نوع البكتيريا المسببة وبالتالي علاجها بما يناسب.**

أما عملية فتح الأنابيب التي تكون قد سدت بفعل الالتهاب فيجب أن لا يتم إجرائها إلا بعد معالجة الالتهاب الحاد أو البؤرة الحادة في حالة الالتهاب المزمن، **وبعدها يمكن إجراء عملية فتح الأنابيب** (غالباً ما تكون مجهرية) **والتي تختلف طريقتها حسب مكان الانسداد الذي قد يتوضع في النهاية الحرة القريبة من المبيضين أم في وسط الأنبوب أم عند مخرجه من الرحم.**

ألم في الصدر Chest Pain:

لآلام الصدر أسباب عديدة، تعود إلى وجود عدة أجهزة للجسم في منطقة الصدر مثل الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، الجهاز العضلي المفصلي والقلب.

ومعظم هذه الأسباب غير خطيرة ولكن يجب أن تكون حاضرة في ذهن الطبيب المعالج، والألم الخطير منها هو الذي يعود للذبحة الصدرية Angina Pectoris **أو للجلطة القلبية** (إحتشاء العضلة القلبية) Myocardial Infarction **لذلك يجب الانتباه دائماً إلى صفات الألم الصدري التي يشكو منها المريض.**

صفات الألم الصدري:

ألم الذبحة الصدرية:

١- **يكون الألم الصدري في منتصف الصدر وغير محدد المكان تماماً، تكون طبيعته كضغط أو عصر** (طابوقة على الصدر) **ينتشر إلى الذراع الأيسر أو الذراعين أو الفك السُفلي والرقبة والظهر أحياناً.**

٢- **يكون قد حدث أثناء الجهد ويتحسن مع الراحة أو بأخذ حبة تحت اللسان** (للمصابين بالذبحة الصدرية سابقاً)، **يصاحبه ضيق في النفس والغثيان والتقيؤ.**

٣- **تدوم مدة الألم أكثر من دقيقة واحدة أو أقل من** ٢٠ دقيقة.

ألم الجلطة القلبية:

يكون بنفس أعراض بالذبحة الصدرية ولكن ممكن أن يحدث أثناء الراحة ويستمر أكثر من ٢٠ دقيقة **ولا يتحسن بأخذ حبة تحت اللسان.**

الألياف الطبيعية Natural Fibers:

هي مواد متواجدة في الطبيعة على هيئة لحاء الخضراوات، وهي متواجدة في الفواكه والحبوب بمختلف أشكالها، والجهاز الهضمي لا يستطيع أن يهضم هذه المواد لذلك فإنها تصل إلى نهاية الأمعاء الغليظة (القولون) **وتقوم بتنشيط حركة الأمعاء،** وتتلخص فوائد الألياف العالية في الطعام في الآتي:

١- **تقوم الألياف العالية عند مرضى السكري بالتقليل من ارتفاع نسبة السكر في الدم، وتقلل من كمية الأنسولين التي يحتاجها الجسم، كما تقلل من نسبة ارتفاع السكر بعد الأكل.**

٢- **تعطي الألياف العالية عند المصابين بالسمنة الشعور بالشبع والامتلاء، وفي نفس الوقت لا تحتوي على نسبة كبيرة من السعرات الحرارية وعليه فإنها تساعد على انخفاض الوزن.**

٣- **أما عند بالنسبة للقلب والشرايين التاجية فإن الألياف العالية تساعد على انخفاض نسبة الكوليسترول مما يؤدي إلى الحماية من أمراض القلب وانسداد الشرايين.**

٤- وفي حالات سرطان القولون فإن الألياف العالية تساعد على منع الإصابة بهذا المرض، فقد تبين أن استعمال الفواكه والخضراوات والحبوب المختلفة بما تحتويه من ألياف عالية يمنع من تكون الخلايا السرطانية.

٥- كما تساعد الألياف العالية على تنظيم حركة القولون ومعالجة حالات تكيس القولون، والبواسير، والإمساك الشديد.

وفيما يلي جدول بكميات الألياف في الأطعمة والخضراوات

(مطبوخة ما عدا المذكورة)

النوع	الكمية المتناولة	الألياف القابلة للهضم	الألياف غير المهضومة	مجموع الألياف
خرشوف	كرة واحدة	٢,٢٠	١,٧٦	٣,٩٦
هيليون	½كوب	٠,٣١	١,١٧	١,٤٨
لوبيا/ فاصوليا خضراء	½كوب	٠,٤٦	١,٤٣	١,٨٩
فاصوليا حمراء	½كوب	١,٣٨	٤,١٠	٥,٤٨
فاصوليا بيضاء	½كوب	١,٠٦	٣,٦٧	٤,٧٢
القرنبيط الأخضر	½كوب	١,١٥	١,٤٢	٢,٥٨
الكرنب المسلوق	½كوب	١,٤١	٢,٠٩	٣,٥١
كرنب / ملفوف	½كوب	٠,٥٦	٠,٩٥	١,٥٠
ملفوف نيء	½كوب	٠,٢٧	٠,٤٦	٠,٧٣
جزر	½كوب	٠,٩٤	١,٤٨	٢,٤٢
القرنبيط الأبيض	½كوب	٠,٧٧	١,٥٤	٢,٣٠
القرنبيط الأبيض نيء	½كوب	٠,٦٠	٠,٦٩	١,٢٠
سالاري(الكرفس الأمريكي)	½كوب	٠,٤٣	٠,٥٤	٠,٩٦
الذرة	½كوب	١,٣١	١,٧٢	٣,٠٣
خيار	½كوب	٠,١٠	٠,٤٢	٠,٥٢
باذنجان	½كوب	٠,٣٠	٠,٩٣	٠,٩٦
بازلاء خضراء	½كوب	٠,٤٨	٣,٠٤	٣,٣٦
الخس الطازج	½كوب	٠,٠٦	٠,١٩	٠,٢٤

بصل نيء	½كوب	٠,٦٤	٠,٦٤	١,٢٨
بطاطا مسلوقة مع القشرة	½كوب	٠,٧٠	٠,٧٨	١,٩٥
سبانخ	½كوب	٠,٤٧	١,٦١	٢,٠٧
قرع مطبوخ	½كوب	١,٦٤	١,٢٣	٢,٨٧
طماطم طازجة	½كوب	٠,٤٥	٠,٧٢	١,١٧
القرع الصيفي	½كوب	٠,٢٧	٠,٩٩	١,٢٦
الفواكه (طازجة ما عدا المذكورة)				
النوع	الكمية المتناولة	الألياف القابلة للهضم	الألياف غير المهضومة	مجموع الألياف
تفاح (مع القشرة)	١	٠,٩٧	١,٧٩	٢,٧٦
مشمش	كوب واحد	١,٢٥	٢,١٨	٣,١٣
موز	١	٠,٦٤	١,٥٥	٢,١٩
توت أسود	كوب واحد	٠,٩١	٦,٥٢	٧,٢٠
الشمام (البطيخ الأصفر)	قطعة واحدة	٠,٦٤	٠,٤٣	١,٠٧
كرز	كوب واحد	٠,٧٢	١,١٦	١,٨٨
كريب فروت	١	٢,٢١	١,٤٠	٣,٦١
عنب	كوب واحد	٠,٣٤	٠,٧٨	١,١٢
برتقال	١	١,٩٠	١,١٩	٣,١٤
أجاص(مع القشرة)	١	١,٠٠	٣,٣٢	٤,٣٢
أناناس	كوب واحد	٠,٤٨	١,٣٨	١,٨٦
البرقوق / الخوخ	١	٠,٦٦	٠,٣٣	٠,٩٩
خوخ مجفف	كوب واحد	٧,٨٨	٥,٨٨	١٣,٧٦
توت العليق	كوب واحد	٠,٤٩	٥,٧٩	٦,٠٣
الفراولة	كوب واحد	١,٠٤	٢,٨٣	٣,٨٧
البطيخ الأحمر	قطعة واحدة	٠,٩٩	٠,٩٦	١,٩٣

وتعتبر الفواكه الطازجة خاصة من أهم المصادر للألياف الطبيعية في الطعام، بأنواعها المختلفة وهي غنية بالفيتامينات والأملاح المعدنية والمركبات النادرة والضرورية للجسم.

الحبوب ومنتجاتها				
مجموع الألياف	الألياف غير المهضومة	الألياف القابلة للهضم	الكمية المتناولة	النوع
٠,٦٧	٠,٢٥	٠,٤٢	شريحة واحدة	الخبز الفرنسي
٠,٥٠	٠,٢٥	٠,٢٤	شريحة واحدة	الخبز الأبيض
٢,١١	١,٦٥	٠,٤٦	شريحة واحدة	الخبز الأسمر
٨,٧٢	٧,٢٧	١,٤٥	٣٠غم	حبوب النخالة
٠,٤٥	٠,٣٥	٠,١٠	٣٠غم	كورن فليكس
٤,٠٨	٢,١٣	٢,٠٤	٣٠غم	نخالة الشوفان
٢,٥١	١,٥٠	١,٠٠	٣٠غم	دقيق أو طحين الشوفان
٢,٦٤	٢,١٨	٠,٤٥	٣٠غم	قطع الحنطة
٥,٢٧	٤,٩٠	٠,٣٧	½كوب	الأرز الأسمر
١,٤٢	١,١١	٠,٣١	½كوب	الأرز الأبيض
٢,٥٦	١,٠٩	١,٤٧	٦٠غم	معكرونة سباجيتي
٧,٩٥	٧,١٧	٠,٧٨	½كوب	لوز محمص
٦,٣٤	٣,٩٦	٢,٣٨	½كوب	فول سوداني محمص

يحتاج جسم الإنسان إلى ما يقارب ١٥-٢٠ غم **من الألياف يومياً للمحافظة على حركة القولون والأمعاء الدقيقة وتنشيطها، وكذلك تعمل على انتظام حركة القولون والتقليل من حالات الإمساك الشديدة وخاصة لدى كبار السن** حيث تتراكم عدة أسباب تؤدي إلى الإمساك الشديد منها:

- **قلة السوائل.**
- **الطعام الفقير للألياف وخاصة مع عدم وجود الأسنان.**
- **قلة الحركة.**
- **الإصابة بأمراض أخرى كالسكري الذي يؤثر على الأعصاب الخاصة بحركة الأمعاء والقولون.**

أمراض الجلد التحسّسيَة:

هو حالة اندفاعية جديدة يظهرها الجسم بشكل عام والجلد بشكل خاص تجاه

مقادير دوائية عادية ويسمى طبياً التحسس (الحساسية) **وتعرف بأنها ارتكاس مغاير مكتسب** (غير وراثية بل حصلت بعد تعرف الجسم بشكل متكرر لمادة ما) **ونوعي** (أي أن التحسس نحو مادة ما لا يعني بأن الجسم يتحسس لمواد أخرى مختلفة).

لقد أصبحت حالات الحساسية معروفة لدى عامة الناس بسبب كثرة ترددها واستعمالها، وأصبحت تطلق على الكثير من الإصابات حتى وإن لم تكن لها علاقة لها بالتحسس.

فالبنسلين مثلاً كمادة مضادة للالتهاب معروفة ويستعملها الكثير من المرضى بكل ارتياح وتعطي نتائج علاجية طبية، **غير أن بعض الأشخاص الذين تعرف جسمهم سابقاً على هذه المادة تبدي عضويتهم ارتكاساً شديداً واندفاعات قد تكون شاملة وحاكة جداً، وقد تظهر عليهم أعراض الصدمة ثم الوفاة، وهذا الارتكاس الجلدي أو العام يسمى طبياً بالتحسس للبنسلين.**

ومتى كان الشخص متحسساً تجاه مادة معينة فإن هذه المادة هي التي تحدث الارتكاس بأي شكل كان وبأي كمية كانت، **فالشخص المتحسس لمادة السلفا مثلاً لا يمكنه استعمالها بسائر أشكالها الصيدلانية الأخرى كالحبوب أو الشراب أو المراهم أو غير ذلك، وتكفي مقادير زهيدة جداً من هذه المادة لإحداث الارتكاس التحسسي.**

وتسمى العوامل المحدثة للتحسس مولدات التحسس أو مولدات الضد **لأنها تثير العضوية وتحثها على تشكيل الأجسام المضادة أو الأضداد وعند تشكل هذه الأجسام المضادة في الجسم فإن دخول مولدات الضد أو العوامل المحسسة من جديد إلى الجسم يسبب حصول تصادم وعلوق بين مولدات الضد والأجسام المضادة ينتج عنه ظهور الأعراض التحسسية.**

ويجب أن يتعرض الجسم لأكثر من مرة لتلك المواد المحسسة حتى تحدث الأعراض التحسسية، **وغالباً ما يكون الجلد هو المظهر الأول للأعراض التحسسية ولتفاعلاتها الحيوية وليس الكبد.**

وهناك حالات خاصة عند بعض الأشخاص الذين يكون لديهم استعداد بنيوي لبعض الأمراض التحسسية التي تعرف بالتحسس البنيوي وأهم الأمراض التحسسية الشائعة هي الأكزيما.

أمراض حوالي السن Gingivoglossitis:

هو التهاب يحدث في الأنسجة المحيطة باللثة والأسنان، يسبب انتفاخها وتهيجها.

المسببات:

- تراكم اللويحات والقلح بين الأنسجة المحيطة باللثة والأسنان حيث تهيج اللويحات والترسبات القلحية اللثة مما يسبب التهابها، وقد يصاب العظم الداعم للأسنان مع مرور الوقت.
- عدم تنظيف الفم بطريقة صحيحة.
- التدخين.
- التنفس عن طريق الفم.
- استخدام أطقم أسنان سيئة الإطباق.
- قد تسبب الأسنان المتكونة بشكل غير طبيعي تهيج اللثة.

أنواع أمراض حوالي السن:

هناك ثلاثة أنواع رئيسية لأمراض حوالي السن وهي:

١-التهاب اللثة: تصبح اللثة ملتهبة وحمراء ومنتفخة وتنزف بسهولة عند تنظيفها أو الضغط عليها.

العلاج:

يعالج أطباء الأسنان هذا الالتهاب بتنظيف الأسنان وإزالة اللويحات والقلح، وينصح المرضى باتباع التعليمات الصحيحة عن كيفية تنظيف الأسنان واستخدام الخيط السني وتنظيف اللثة.

٢- التهاب حوالي السن: هو التهاب طويل الأمد يصيب الأنسجة الداعمة للأسنان، ويتطور الالتهاب عادة بشكل بطيء جداً، وقد يصاب بعض الأشخاص بالتهاب أشد حدة في هذه الأنسجة يتسبب في تخريب أجزاء من الجدارن العظمية لسنخ الأسنان وتصبح معه الأسنان متخلخلة.

المسببات:

يعود السبب الى التهيج الذي تسببه اللويحات الموجودة تحت خط اللثة.

العلاج:

يتضمن العلاج المحافظة على صحة الفم بالعناية الجيدة، وبتقليع الأسنان المتسوسة، وقد يساعد في العلاج إجراء عملية جراحية بسيطة تتضمن تثبيت الأسنان المصابة بواسطة جبيرة من الأسنان المجاورة التي لا تزال ثابتة. إلا أنه في العديد من الحالات يجب خلع الأسنان المتحركة وتعويضها بأسنان اصطناعية.

٣-عدوى فنسنت (الخندق): هو التهاب مؤلم يصيب اللثة فتصبح حمراء وتنزف بسهولة، ويصبح للفم رائحة كريهة جداً وقد يصاب المريض بالحمى.

العلاج:

- تنظيف الأسنان واللثة بشكل جيد.
- يصف الطبيب في أغلب الحالات مضادات حيوية للقضاء على الالتهاب.
- يوصى المريض باتباع تعليمات تتعلق بالعناية بتنظيف الفم والأسنان.

أمراض نخاع العظام Bone Marrow Disease:

يقوم نخاع العظام بعد الشهر الخامس من الحياة الجنينية بإنتاج سلاسل الكريات الحمراء والبيضاء والصفيحات الدموية.

الأنواع:

١- فرط نشاط نخاع العظم اللامجدي: يقوم نخاع العظم في هذه الحالة بإنتاج سلاسل من كريات الدم الحمراء غير المجدية أو تموت هذه الكريات وهي موجودة في نخاع العظم.

المسببات:

إن سبب حدوث هذه الحالة غير معروف ولكن يعتقد أن يكون السبب اضطراب مناعي.

٢- تثبيط نخاع العظم: يتوقف نخاع العظم في هذه الحالة عن إنتاج سلاسل كريات الدم على اختلاف أنواعها وتسمى فقر الدم اللاتكوني وتكون أعراضه:

- نقص كريات الدم الحمراء: مما يؤدي إلى حدوث فقر دم وعسر تنفس جهدي.
- نقص كريات الدم البيضاء: يؤدي إلى حدوث نقص في مناعة الجسم، مما يتسبب عنه حدوث الالتهابات وارتفاع درجات الحرارة.

- نقص الصفيحات الدموية: مما يؤدي إلى حدوث أنزفة داخلية عديدة قد تكون خطيرة.

المسببات:

إن استعمال الأدوية السامة للخلايا هو أهم الأسباب في حدوث أمراض نخاع العظم، وهذه الأدوية تستخدم في معالجة الأورام وخاصة الأورام السرطانية، وكذلك المعالجة بالأشعة حيث يكون لها نفس التأثير.

إمساك Constipation:

هو حالة تصيب الانسان لاتستطيع معها الأمعاء الغليظة التخلص من الفضلات بطريقة عادية، ولا بشكل منتظم فتحدث قلة في عدد مرات التبرز المعتادة بالنسبة للشخص، ويعرف الإمساك بالحالات التي يكون فيها معدل خروج الفضلات أقل من ثلاث مرات أسبوعياً ويمتد إلى مرة واحدة كل ١٠ أو ١٥ يوم، وعادة ينتج الإمساك عن خمول في حركة القولون، مما يؤدي إلى بطء في حركة الفضلات وزيادة في امتصاص السوائل منها وتصلبها.

أعراض المرض:

- قلة عدد مرات التبرز.
- يكون الخروج صلباً وناشفاً مما يؤدي إلى إحداث جرح في المستقيم.
- الشعور بالانتفاخ في منطقة البطن، والضغط في المستقيم وشعور بالامتلاء وعدم القدرة على التخلص من البراز أثناء عملية الخروج.
- قد يعاني المصاب من الصداع والام الظهر.
- من الممكن أن يكون الامساك أحد أعراض مرض خطير يعاني منه المريض، اذا استمر وصاحبه نزيف.

أنواع الإمساك

١ - الإمساك البسيط وهو حالة طبيعية غير ناتجة عن وجود مرض.

٢ - الإمساك العضوي وهو الذي ينتج عن وجود مرض في الجسم.

أ- الإمساك البسيط:

المسببات:

١ - افتقار الطعام إلى الألياف الطبيعية التي تؤدي إلى انتظام حركة القولون.

٢- عدم تلبية الشخص لحاجة جسمه في التخلص من الفضلات وإهماله للإشارات الموجهة إليه لإفراغ أمعاءه بسبب انشغاله أو سفره.

٣- عدم الانتظام في مواعيد وجبات الطعام أو تغيير في طبيعة الطعام.

٤- قلة تناول السوائل.

٥- خمول الشخص وقلة الحركة يسبب خمول الأمعاء وبالتالي الإصابة بالإمساك.

٦- ينتج في حالات القلق والتوتر النفسي.

ب- الإمساك العضوي:

المسببات:

١- حدوث اضطراب في حركة الأمعاء.

٢- الإصابة بأمراض الغدة الدرقية.

٣- ضعف عضلات الأمعاء الغليظة.

٤- التأثيرات الجانبية لبعض الأدوية مثل الأدوية المستعملة في علاجات السعال والحديد والمواد المهدئة والمخدرة، والعقاقير الخاصة بالآلام، وبعض العقاقير الخاصة بعلاج ارتفاع ضغط الدم.

٥- أسباب عضوية مثل وجود جرح في فتحة الشرج تجعل عملية طرح الفضلات مؤلمة فيكف المصاب عنها.

٦- الاكتئاب (Depression).

٧- استعمال الأدوية الملينة أكثر من الحد الطبيعي مما يسبب ارتخاء القولون وتمدده فيشتد الإمساك بسبب كسل القولون.

٨- الأورام الحميدة أو الخبيثة والتي تؤدي إلى تضيق في أنبوبة القولون مما ينتج عن ذلك الإمساك الشديد أو التغيير في طبيعة الخروج.

ويعتبر التغير المفاجئ في عملية الخروج وخاصة بعد سن الأربعين من أهم الأعراض التي لا يجب إهمالها، لأنها قد تدل على وجود مرض عضوي في القولون، وكذلك فقدان الوزن، والآلام الشديدة في أسفل البطن، خروج مخلوط بالدم تعتبر من العلامات الهامة لوجود مرض في بطانة القولون، **وفي هذه الحالات يؤدي الفحص**

المبكر إلى اكتشاف بعض الأمراض مبكراً لكي يتم علاجها بصورة جيدة وخاصة استئصال الأورام وهي في مراحلها الابتدائية.

كما إن وجود بعض الأمراض مثل مرض السكري ومرض نشاط الغدة الدرقية كليهما من الممكن أن يؤثرا على عملية الخروج.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد إجراء الفحص الاكلينيكي وبعض التحاليل مثل بعض فحوصات الدم، **وفحوص خاصة بالخروج لمعرفة وجود أي التهابات أو أي دم غير واضح للعين المجردة، وكذلك إجراء أشعة ملونة للقولون أو منظار القولون.**

ويعتبر منظار القولون من أهم الفحوص التي يقوم بها الطبيب المختص حيث يكشف فحص بطانة القولون أنواع مختلفة من أمراض القولون منها الالتهابات المزمنة، **التغيرات في الشعيرات الدموية، أورام القولون الحميدة وأورام القولون الخبيثة، وكذلك الحصول على عينات لفحصها مختبرياً من جدار القولون.**

العلاج:

١- **الإكثار من تناول الألياف التي تكثر في الخضراوات والفواكه والبقوليات ضمن وجبات الطعام، إذ يحتاج الإنسان الطبيعي من** ٢٥-٣٥ غم يومياً.

٢- **شرب كميات كافية من الماء والإكثار من شرب السوائل الدافئة.**

٣- **تجنب تناول الأدوية الملينة بكل أنواعها إلا باستشارة الطبيب.**

٤- **زيادة حركة الشخص وممارسة التمارين الرياضية وخاصة رياضة المشي التي تقوي عضلات البطن وتزيد من حركة الأمعاء.**

٥- **تجنب القلق والتوتر والاضطرابات النفسية.**

٦- **التوجه مباشرة لقضاء الحاجة كلما شعر الإنسان بالحاجة لذلك وعدم تأخير هذه الرغبة لأن ذلك يؤدي إلى توسع المستقيم والإمساك.**

٧- **يجب استشارة الطبيب والتقيد بإرشاداته وتعليماته عند حدوث حالة الإمساك، ويجب على المريض التجنب التام لاستعمال أي أدوية من شأنها أن تسبب اضطراباً في حركة الأمعاء.**

انتفاخ الرئتين Emphysema:

هي حالة مرضية تحدث نتيجة لتوسع المسافات الهوائية الرئوية مع تدمير لجدران القصبات والحويصلات الرئوية.

المسببات:

١- حدوث التهابات رئوية مزمنة.

٢- الإصابة بالربو القصبي.

٣- التدخين.

٤- التعرض لملوثات البيئة واستنشاق المواد الكيميائية.

أعراض المرض:

١- سعال مزمن مع بلغم (قشع).

٢- ازرقاق الجسم بسبب قلة الأوكسجين.

٣- توسع حجم صدر المريض أكثر من الحالة الطبيعية ويكون شبيهاً بصدر الحمامة.

٤- وجود أصوات غير طبيعية منتشرة في الصدر (خشخشة).

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال الفحص السريري للمريض ويستطيع الطبيب سماع أصوات الصدر بالسماعة (Stethoscope) ومن خلال تصوير صدر المريض بالأشعة السينية (Chest X-Ray).

المضاعفات:

أخطر مضاعفات هذه الحالة هو انعكاسها على القلب وتأثيرها عليه سلبياً.

انتفاخات رحمية Uterus distention:

تحدث الأورام والانتفاخات الرحمية عند النساء المتقدمات في السن.

أعراض المرض:

١- حدوث الإفرازات الدموية بعد الحيض أو في وقت آخر.

٢- الشعور بألم وضغط على المستقيم والمنطقة المحيطة به، وتنتقل الآلام إلى أعلى الجسم وحول الخاصرتين، ويتعذر المشي على المرأة بسبب إنتقال الألم إلى الأرجل.

ويجب على المرأة التي تشعر بأول عرض من هذه الأعراض مراجعة الطبيب الأخصائي بسرعة، وتبادر بالعلاج بأسرع وقت ممكن كي لا تتطور هذه الحالة إلى مرض السرطان.

انسداد المريء esophageal Obstruction:

انسداد يحدث في المريء مسبباً منع دخول الطعام والشراب إلى المعدة

المسببات:

أ- الانسداد الميكانيكي: يحدث غالباً لدى الأطفال بسبب ابتلاعهم مواداً غريبة، أو قد يحدث الانسداد بسبب شرب مواد حامضية أو قاعدية التركيب مما يؤدي إلى حصول تضيقات شديدة في المريء.

ب- الانسداد المرضي: يحدث بسبب وجود ورم قد يكون ورماً داخلياً أو خارجياً مثل تورم الغدة الدرقية أو تورم الغدد الليمفاوية.

ج- الانسداد الخلقي: يحدث هذا الانسداد بسبب وجود عيوب أو تشوهات خلقية لدى الأطفال حديثي الولادة.

أعراض المرض:

١- وجود صعوبة في البلع وحدوث ألم عند البلع أحياناً.

٢- الهزال والضعف العام بسبب سوء التغذية.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال إجراء الفحص السريري، وملاحظة الأعراض التي يشكو منها المريض، وكذلك معرفة الأسباب لتحديد نوع الانسداد بالإضافة إلى الفحص بالأشعة السينية (X-Ray) الذي يظهر الورم في حالة وجوده.

العلاج:

يكون العلاج في معظم الحالات جراحياً.

انسداد معوي Intestinal Obstruction:

يحدث هذا الانسداد في أي مكان من الأمعاء الدقيقة أو الغليظة.

المسببات:

١- أسباب خلقية: يولد الطفل ولديه خلل في النمو النسيجي للأمعاء.

٢- وجود أورام كبيرة في الأمعاء.

٣- ضغط خارجي (وجود ورم خارج الأمعاء يضغط على الأمعاء).

٤- الفتق (يختنق جزء من الأمعاء في منطقة الفتق).

٥- احتشاء الأمعاء.

٦- الانغلاق (Intussnsception): دخول جزء من الأمعاء في جزء آخر وتحدث هذه الحالة غالباً لدى الأطفال.

٧- الانفتال (Volvulns): التفاف الأمعاء حول بعضها، وتحدث هذه الحالة لدى الكبار.

أعراض المرض:

١- الشعور بانتفاخ وآلام في البطن وحدوث الامساك.

٢- التقيؤ.

٣- اضطرابات في الجهاز الدوري التنفسي.

التشخيص:

يتم تشخيص من خلال الفحص الاكلينيكي للمريض بالإضافة إلى إجراء فحوصات بالأشعة السينية والأمواج الصوتية (السونار).

العلاج:

يتم علاج هذه الحالة جراحياً وذلك حسب العامل المسبب.

إنسداد وعائي Vascular Obstraction:

يقسم الانسداد الوعائي إلى قسمين:

أ- انسداد وعائي شرياني: يحدث نتيجة لحدوث التهاب أو تصلب في الشرايين أو بسبب وجود خثرة.

أعراضه:

١- ألم حاد في الطرف الذي حدث فيه الانسداد.

٢- خدر ونقص الإحساس في المنطقة.

٣- برودة الطرف المصاب.

٤- نقص أو انعدام النبض في أسفل منطقة الانسداد.

ب- انسداد وعائي وريدي: يسير الدم الوريدي عكس الجاذبية باتجاه القلب وأي إعاقة فيه تسبب حدوث تجمع للدم خلف هذه الإعاقة.

أعراضه:

١- الشعور بألم حاد في الطرف المصاب.

٢- احتقان الطرف وتلونه بلون بنفسجي مزرق.

٣- تورم الطرف المصاب.

أنسولين Insulin:

هو هرمون تفرز خلايا بيتا في جزر لانكرهانس Islets of Langherhans Beta Cells في البنكرياس Pancreas ويتكون من سلسلتان من الأحماض الأمينية مرتبطتان بروابط كيميائية بعد أن تنفصل منه سلسلة سي ببتيد C Peptide حتى يصبح فعالاً، ويمر في الكبد حيث يُدمر ٥٠% من الأنسولين المفروز، وهو ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة واستخدام السكر والطاقة في الطعام.

الجدول التالي يبين أنواع الأنسولين

الأنسولين البشري Human Insulin	مثال	بداية المفعول بعد الحقن	ذروة المفعول بعد الحقن	مدة المفعول بعد الحقن
[illegible] المفعول Rapid Acting				
ليسبرو Lispro	هيومالوغ Humalog	١٠-١٥دقيقة	١-٢ساعة	٣-٤ساعة
[illegible] قصير المفعول Short Acting				
ريغيولار Regular هيوميولين آر HUmulin R	أكترابد Actrapid هيوميولين آر HUmulin R	½ ساعة	٢.٥ساعة	٥-٨ ساعة
[illegible] متوسط المفعول [illegible]				
NPH	انسوليتارد Insultard هيوميولين أن Humulin N	١-٣ ساعة	٦-١٢ ساعة	١٦-٢٤ ساعة

Lente	مونوتارد Monotard هيوميولين أل Humulin L	٢-٤ ساعة	٦-١٢ ساعة	٢٠-٢٤ ساعة
طويل المفعول Long Acting				
ألترالنت Ultrlente	هيوميولين يو Humulin U	٤-٦ ساعة	٨-٢٠ ساعة	٢٤-٢٨ ساعة
الأنسولين المخلوط Pre-Mixed Insulin				
أنسولين مخلوط بنسبة ٧٠% متوسط المفعول مع ٣٠% قصير المفعول	ميكستارد ٣٠/٧٠ Mixtard ٧٠/٣٠ هيوميولين ٣٠/٧٠ Humulin ٧٠/٣٠	½ ساعة	٢-١٢ ساعة	١٦-٢٤ ساعة

ملاحظة: عند خلط الأنسولين من قبل المريض يجب سحب الأنسولين السريع المفعول أو القصير المفعول (الصافي) **أولاً في الحقنة ثم بعدها سحب الأنسولين المتوسط أو الطويل المفعول** (العكر)**، لكي لا يسبب الأنسولين العكر ترسبات في الانسولين الصافي.**

انصمام (صمامة) Embolus:

هو توقف مفاجيء لجسم غريب أثناء دورانه في المجرى الدموي ويسمى الجسم الغريب الصمامة (Embolus)، **ويؤدي الانصمام إلى حدوث نقص حاد في التروية الدموية للمنطقة التي يغذيها الوعاء الدموي المصاب بالانصمام بسبب انسداد الوعاء الدموي المفاجئ، ويتعلق هذا الانسداد بمقدار قطر الوعاء الدموي المصاب، وقد تكون النتائج خطيرة إذا أصابت بعض الأعضاء الحساسة كالرئة.**

أنواع الصمامات:

١- الصمامات الدموية: يكون الجسم المسبب للانصمام عبارة عن خثرة دموية وهي شائعة، حيث تشكل الخثرات الدموية ٩٥% من مجموع الصمامات عامة وقد تكون هذه الخثرات:

١- ذات منشأ وريدي: في حالة التهاب الوريد.

٢- ذات منشأ شرياني: خثرة الشريان الأبهر.

٣- ذات منشأ قلبي: التهاب الشغاف القلبي.

٤- الصمامات البكتيرية: وتحدث في حالات إصابة الدم بالبكتيريا.

٥- الصمامات الشحمية: مثل حقن الرحم بمواد زيتية لتصويره أو حقن الوريد بمادة زيتية خطأ أو بعد كسور العظام.

٦- الصمامات الغازية: تحصل بعد حدوث جرح عميق في أوردة العنق، أو بعد الحقن الوريدي.

٧- الصمامات الطفيلية: كما في حالات تمزق كيس مائي بجانب وعاء دموي.

٨- الصمامات الورمية: جرف الخلايا الورمية عبر التيار الدموي.

إنفصال شبكية العين Retinal Detachment:

يعني إنفصال طبقة الشبكية Retina عن طبقة المشيمية Choroid (تشريح العين). **والمشيمية هي الطبقة التي تزود الشبكية بالغذاء وهذا يعني فقد الشبكية لمصدر غذائها بإنفصالها مما يؤدي إلى تعطلها وفقد خاصية البصر لدرجة تصل لدرجة العمى أحياناً.**

وإنفصال الشبكية هو مرض غير شائع الحدوث إذ أنه يصيب شخص من كل ١٥،٠٠٠ نسمة، ويشيع بين متوسطي العمر وأكبر، والأشخاص المعرضين للإصابة به هم:

- **الذين لديهم قصر نظر** Myopia **شديد يكون احتمال حدوث الإصابة بإنفصال الشبكية لديهم بنسبة ٥٠% وهم يشكلون ٤٠ - ٥٠% من الحالات.**
- **الأشخاص الذين أجروا عملية إزالة الماء الأبيض يكون احتمال حدوث الإصابة بإنفصال الشبكية لديهم بنسبة ١% وهم يُشكلون ٣٣% من الحالات.**
- **إصابات العين بالرضة** (حادث) تشكل ١٠ -٢٠% **من حالات إنفصال الشبكية.**

أنواع إنفصال شبكية العين:

١- إنفصال الشبكية الذاتي العلة **Detachment Rhegmatogenous Retinal**:

وهو أكثر الأنواع شيوعاً، وينتج عن وجود تمزقات وثقوب في شبكية العين مما يؤدي إلى تسرب وتوغل السوائل من خلالها بين طبقة الشبكية وطبقة المشيمية مما يسبب إنفصالهما عن بعض.

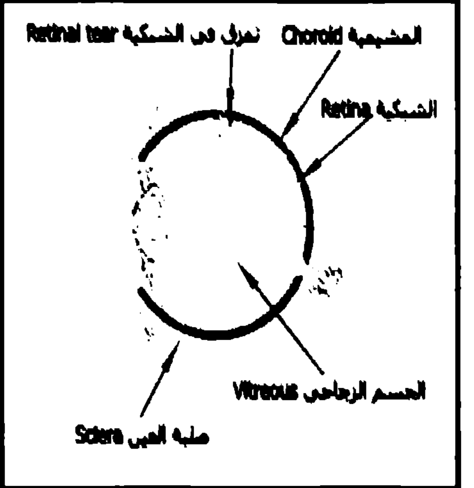
المسببات:

- إنفصال الجسم الزجاجي **Posterior Vitreous Detachment PVD** عن

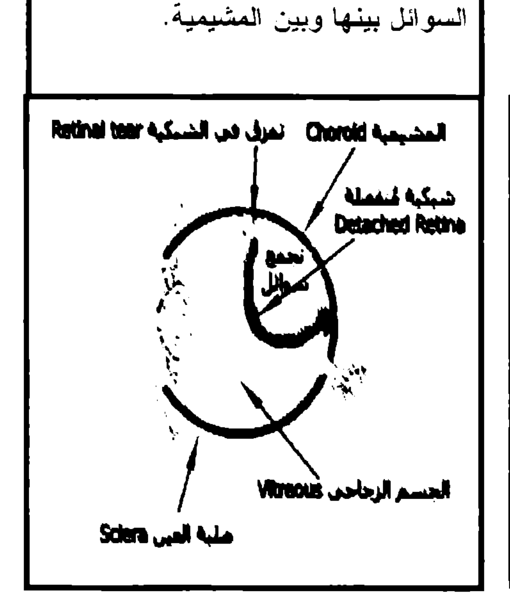
الشبكية: وهو من أكثر أسباب حدوث الشقوق والثقوب في الشبكية، فالجسم الزجاجي يتقلص بشكل طبيعي مع تقدم العمر حتى ينفصل عن الشبكية محدثاً ثقوب وشقوق فيها وهذا الإنفصال يصيب ٥٠% من الأشخاص في سن الخمسين. إن إنفصال الجسم الزجاجي بحد ذاته ليس خطراً ولكن خطورته تكمن في إحتمال تسرب وتوغل السوائل في الثقوب والشقوق التي يحدثها في الشبكية مسبباً بالتالي إنفصالها.

- الأشخاص الذين يعانون من قصر النظر يكونون معرضين للإصابة بهذا النوع من الإنفصال، وذلك لكون مقلة العين طويلة من الأمام للخلف وكون شبكية العين رقيقة وهشة.
- إلتهاب أو إنتان العين أو إصابتها بحادث رضة يمكن أن يؤدي إلى تقلص الجسم الزجاجي وحدوث ثقوب في الشبكية.
- جراحة العين: وخاصة جراحة إزالة الماء الأبيض تشكل عامل خطورة لحدوث إنفصال الشبكية، وقد لوحظ إن ٢٠ – ٤٠% من حالات هذا النوع من إنفصال شبكية العين حدثت لأشخاص قد أجروا عملية إزالة الماء الأبيض سابقاً.

ثقب (تمزق) في شبكية العين تتوغل من خلاله السوائل وتتجمع بين المشيمية والشبكية مسببة إنفصال الشبكية.



إنفصال في شبكية العين بعد تجمع السوائل بينها وبين المشيمية.



٢- إنفصال الشبكية الشدي **Tractional Retinal Detachment** :

يحدث هذا النوع من إنفصال الشبكية عندما تتكون إلتصاقات أو أنسجة ليفية تشد الشبكية محدثة فيها ثقوب ومن ثم تفصلها عن المشيمية.

المسببات:

- اعتلال الشبكية السكري Diabetic Retinopathy
- سلبيات فقر الدم المنجلي (المنجلية) على العين Sickle Cell Disease.
- إنسداد الأوعية الدموية الشبكية Occlusion Retinal Blood Vessels.
- إصابات العين النافذة Penetrating Eye Injuries.
- إعتلال الشبكية عند الأطفال الخدج Prematurity Retinopathy of.

٣- إنفصال الشبكية النضحي **Exudative Retinal Detachment**:

يحدث هذا النوع من إنفصال الشبكية نتيجة لخلل في الأوعية الدموية في العين فتترشح السوائل منها وتتجمع تحت الشبكية محدثة إنفصالها عن المشيمية.

المسببات:

- أمراض وراثية مثل مرض كوت **Coat's Disease** وهو عبارة عن مرض يصيب الأوعية الدموية في شبكية العين، وكذلك مرض العين الصغيرة Nanophthalmus
- أورام العين مثل ورم المشيمية الملاني Choroidal Melanoma.
- إلتهابات العين مثل إلتهاب صلبة العين الخلفي Scleritis Posterior.

العلاج:

يكون العلاج موجه بالدرجة الأولى على السبب والسيطرة عليه.

عوامل الخطورة لحدوث الإنفصال **Risk Factors**:

هناك عوامل تزيد من إحتمال إصابة الفرد بإنفصال الشبكية هي:

١- إجراء عملية إزالة الماء الأبيض.

٢- إعتلال الشبكية السكري.

٣- قصر النظر.

٤- إنفصال الجسم الزجاجي.

٥- إنفصال الشبكية في عين يزيد من إحتمال إنفصال الشبكية في العين الأخرى.

٦- **ترقق شبكية العين.**

٧- **إصابة رضة للعين.**

أعراض المرض:

١- **رؤية وميض مفاجئ أو أجسام عائمة: يؤدي إنفصال الجسم الزجاجي عن الشبكية إلى رؤية المريض لومضان** Flashes (وميض من الضوء) **لجزء من الثانية، ومع تطور إنفصال الجسم الزجاجي تنفصل قطع من الشبكية** (الأجسام العائمة) Floaters **لتعوم في الجسم الزجاجي ويراها المريض كدوائر أو خيوط ناعمة أو قطع مدببة في مجال الرؤية وغالباً ما تترسب هذه الأجسام العائمة في قاع العين خلال أشهر وتخرج من مجال الرؤية، وزيادة عدد أو حجم الأجسام العائمة ينذر بإنفصال شبكية العين.**





٢- **الرؤية المتموجة** (يرى المريض الأجسام كأنها في الموج أو الماء).

٣- **يشتكي بعض المرضى من رؤية ظل معتم أو كأن ستارة قد أسدلت في مجال الرؤية الطرفي مع فقدان البصر في هذا الجزء من مجال الرؤية.**

إن إنفصال الشبكية يبدأ من أطرافها وبعدها يمكن أن ينتقل إلى الوسط مما يؤدي إلى فقد مجال الرؤية المركزي والذي يمكن أن يؤدي إلى العمى.

يبدأ إنفصال الشبكية ويتطور ببطء مسبباً أعراض إنفصال الشبكية ولكن أحياناً يكون مفاجيء وكلي مسبباً العمى في العين المصابة.

التشخيص:

يتم التشخيص بالفحص السريري وأخذ تاريخ مرضي من المريض والأعراض التي تدل على إنفصال الشبكية، وكلما كان التشخيص و العلاج مبكراً كلما كانت النتيجة أفضل والحفاظ على البصر.

يفحص الطبيب المختص قاع العين لرؤية الثقوب والشقوق في الشبكية وكذلك لرؤية العلامات التي تدل على الإنفصال الشبكية.

قاع عين طبيعية تكون الشبكية حمـراء اللون ويشير السهم الأخضر إلى أوعيـة دموية و السهم الأسود علـى القـرص البصري Optic Disc.

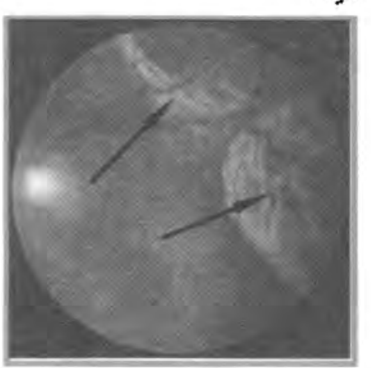


تمزق في الشبكية (السهم الأسود) ويمر عبر فتحة التمزق أوعية دموية (السهم الأحمر) التي يمكن أن تنزف في التمزق ويتجمع الدم خلف الشبكية مسببا إنفصالها.



صورتين لقاع العين تبين إنفصال الشبكية (الأسهم) والشبكية المنفصلة لونها غير أحمر (معتم) ومتجعدة كأنها قطعة قماش متدلية.





العلاج:

يمكن إصلاح شبكية العين في ٩٠% من الحالات، ويصبح لدى ٣٣% من الحالات التي تعالج بإعادة الشبكية لموقعها حدة بصر ممتازة خلال ٦ أشهر من العملية، ويتم العلاج باحدى الطرق التالية:

١- **العلاج بأشعة الليزر Photocoagulation Laser:**

إذا كان الإنفصال صغير ومحدود فيمكن أن يعالج بحرق جوانب التمزقات في الشبكية بواسطة أشعة الليزر فتتكون أنسجة ليفية تسد أطراف التمزق وبالتالي تمنع السوائل من التسرب بين الشبكية والمشيمية.

ويتم العلاج بأشعة الليزر يتم تحت التخدير الموضعي.

٢- **العلاج بالتجميد Cryopexy:**

يستخدم أوكسيد النايتروز Oxide Nitrous **لتجميد الأنسجة خلف التمزق في الشبكية فتتكون أنسجة ليفية تسد أطراف التمزق، ويتم العلاج تحت التخدير الموضعي.**

٣- العلاج الغازي **Pneumatic Retinopexy:**

يعالج بهذه الطريقة بشكل خاص الإنفصال الشبكي الحاصل في الجزء العلوي من العين، **ويتم بحقن فقاعات صغيرة من غاز خاص لهذا الغرض أو الهواء في الجسم الزجاجي تحت التخدير الموضعي، حيث تطفو هذه الفقاعات وترتفع للأعلى مسببة ضغطاً على الشبكية فتلصقها بالمشيمية، ثم يقوم الجسم بامتصاص هذه الفقاعات واستبدالها بسوائل، وتمتص فقاعات الهواء** خلال ١-٢ أسبوع.

ومن الغازات التي تستعمل لتثبيت الشبكية غاز سلفاهيكسافلورايد Sulfahexafluoride (SF_6) **وغاز بيرفلوروبروبين** Perfluoroprpane (C_3F_8)، **وهذه الغازات يمتصها الجسم أبطء من إمتصاصه للهواء** خلال ٢-٦ أسابيع.

ويمكن إستخدم أشعة الليزر أو التجميد كذلك لتثبيت الشبكية في مكانها.

٤- العلاج بتحزيم صلبة العين **Scleral Buckle:**

وهو أكثر أنواع العلاج استخداماً ويتم بوضع ضمادة أو حلقة من السيليكون Silicone Band **على صلبة العين لتضغط على الشبكية وتثبتها في مكانها، وتكون**

هذه الحلقة غير مرئية ودائمة إلا في حالات الأطفال حيث يجب تبديلها لمواكبة نمو عين الطفل، لأن هذه الحلقة تضغط على العين فتزيد من طولها مما يؤدي إلى حدوث قصر النظر أو زيادة شدة قصر النظر إذا كان موجوداً أصلاً.

٥- العلاج بإزالة الجسم الزجاجي **Vitrectomy**:

تستعمل هذه الطريقة في العلاج عندما يكون الإنفصال كبيراً أو يكون مصحوباً بوجود نزيف في الجسم الزجاجي يعيق الرؤية ويتم العلاج بإزالة الجسم الزجاجي وتبديله بالهواء أو بالغاز أو بزيت السيليكون Silicone Oil أو بسائل سيلين للضغط على الشبكية لتلتصق بجدار العين.

وهناك عوامل تؤثر على نجاح العملية وهي:

- حجم وموقع الإنفصال: فكلما كان الإنفصال صغيراً وواقعاً في طرف الشبكية كانت النتائج أفضل.
- الفترة الزمنية بين حدوث الإنفصال ووقت إجراء العملية: كلما قصرت الفترة كلما كانت النتائج أفضل.
- تكوّن أنسجة ليفية على الشبكية: إذا كانت الفترة الزمنية طويلة منذ إنفصالها فإن ذلك يؤثر سلبياً على نتيجة العملية وأحياناً لا يمكن إصلاحها بسبب ذلك.

ويجب العناية بالعين المصابة بعد إجراء العملية وتجنب مضاعفات العملية التي تشمل:

- التهاب وإنتان العين Eye Infection.
- نزيف في العين Haemorrhage.
- الإصابة بالماء الأبيض Cataract.
- الإصابة بالماء الأزرق Glaucoma.

الوقاية:

لا يوجد أشياء معينة للوقاية من إنفصال الشبكية، ولكن الوقاية تكون باتباع النصائح التالية:

- إجراء فحص دوري لقاع العين بالنسبة للذين لديهم عوامل خطورة لحدوث إنفصال الشبكية.

- مراجعة الطبيب المختص عند الشعور بأي من أعراض إنفصال الجسم الزجاجي أو شبكية العين وخاصة للذين لديهم عوامل الخطورة.

انفلونزا Influenza:

هو مرض يسببه فايروس الانفلونزا وتستخدم كلمة انفلونزا أحيانا لتشير بصورة عامة إلى الأنفلونزا أو الأمراض المشابهة لها.

المسببات:

يتم الإصابة بالمرض عن طريق استنشاق الفايروس الذي يتصل بخلايا الممرات الهوائية العليا وينفذ إلى الخلايا التي تبطن هذه الممرات ويتكاثر داخلها وبمرور الوقت تنطلق فايروسات أنفلونزا جديدة من الخلايا المصابة بالعدوى مسببة العدوى لخلايا أخرى على طول الجهاز التنفسي، وقد تنتشر الأنفلونزا في الرئتين وقد يحمل الفايروس بعيدا في هواء الزفير ويسبب العدوى لأناس آخرين.

أعراض المرض:

- ارتفاع درجة حرارة الجسم والشعور بالقشعريرة.
- صداع.
- الشعور بالألم والضعف في جميع أعضاء الجسم.

وتختفي هذه الأعراض عادة بعد أسبوع واحد ومن الممكن أن تقل مقاومة جسم المريض للأمراض خلال فترة الإصابة ومن ثم فإن العدوى الثانوية مثل الالتهاب الرئوي البكتيري قد يصيب الإنسان بعد إصابته بها.

العلاج:

- تتم الوقاية من الانفلونزا عن طريق التطعيم وتحتوي معظم لقاحات الأنفلونزا على فيروسات أنفلونزا مقتولة، وتوفر هذه اللقاحات بعض الوقاية ولكنها ليست فاعلة بالشكل المطلوب، وحديثاً تم تطوير لقاحات صنعت من الفيروسات الحية، كما تم استخدام هندسة الجينات لإنتاج لقاحات أفضل.
- استعمال العقاقير المضادة للفيروسات التي يصفها الطبيب للمعالجة أو للوقاية من أنواع معينة من الأنفلونزا.

- **الراحة في الفراش.**
- **تناول الأطعمة الغنية** بفيتامين سي.

انقلاب الرحم Utirus inversion:

هو عبارة عن تشوش يحدث لوضعية الرحم، وتتعرض معظم السيدات إلى الإصابة بانقلاب الرحم أو انعطافه، وهذه الحالة لا تشكل خطرا يستوجب المداخلات الجراحية إلا في الحالات التالية:

- **إذا حال دون حدوث الحمل.**
- **إذا كان السبب في حدوث اضطرابات في الحيض.**
- **إذا كان مانعاً للجماع: يسبب للمرأة الشعور بالألم أثناء المقارنات الجنسية.**
- **إذا كان سبباً في تعدد الاجهاضات وتكرارها.**

المسببات:

١- فقدان الأربطة التي تحمل الرحم قوتها ومرونتها وذلك بسبب:

- **تكرار الحمل بدون فواصل زمنية كافية لإعادتها لحجمها الطبيعي بين حمل وآخر.**
- **تكرار حدوث الإجهاض.**
- **تعدد الولادات غير الطبيعية.**

إذ تصبح هذه الأربطة رخوة لا تستطيع أن تحمل ثقل الرحم فيميل كلما مال عضو في جواره، وكذلك في حالات الإمساك وامتلاء المستقيم والمثانة.

٢- الأورام التي قد تحصل في جوار الرحم قد تدفع بالرحم مسببة انقلابه أو انعطافه.

أعراض المرض:

قد يحدث انقلاب الرحم من دون ظهور أي أعراض قد تشعر بها المرأة المصابة، أو قد تشعر نتيجة لهذا الانقلاب بالأعراض التالية:

- **آلام شديدة في أسفل البطن تزداد شدتها بالوقوف وأثناء المشي وفي فترة الحيض.**
- **طول فترة الحيض.**
- **إحساس بالثقل في المهبل.**

- الشعور بالتعب والتشنج.
- الصداع.

العلاج:

١- انقلاب الرحم الأمامي: يتم علاجه بالراحة الطويلة في السرير مع وضع وسادة تحت الحوض والعجز ليصبح مرتفعاً، وتمنع المرأة المصابة من ارتداء الملابس الضيقة ذات الأحزمة في منطقة الخصر كي لا تندفع الأحشاء إلى أسفل البطن والحوض فيزداد انعطاف الرحم أو انقلابه.

٢- انقلاب الرحم الخلفي: يتم علاجه بالتمارين الرياضية، فهناك بعض التمارين الخاصة التي تجرى لتصحيح وضع الرحم وتمارس صباح كل يوم ما عدا أيام الحيض، كما يجب على المرأة المصابة أن تنام على بطنها حتى أثناء النهار.

وتنصح المرأة المصابة بانقلاب الرحم وانعطافه بشكل عام أن:

- تتجنب الإصابة بالإمساك: وذلك بشرب الماء البارد صباحاً والإكثار من تناول الألياف الطبيعية.
- تمتنع من ممارسة الأعمال الشاقة وإذا مارست بعض الأعمال المنزلية فعليها أن تمارسها بهدوء على أن تتخللها فترات راحة تجلس خلالها على الكرسي.
- ملازمة فراشها في فترة الحيض.
- إفراغ مثانتها كل ساعة قبل امتلائها بالبول.

أورام الأمعاء الدقيقة Small Intestinal Carcinoma:

١- الأورام الحميدة Benign Tumours:

كالأورام الليفية والأورام الشحمية والأورام العضلية والأورام الوعائية.

أعراض المرض:

- الشعور بالآم في منطقة البطن.
- حدوث اضطرابات معوية.

العلاج:

يتم العلاج جراحياً بالاستئصال الجراحي لهذه الأورام.

٢- الأورام الخبيثة Malignant Tumours :

مثل ورم البثليوما والأورام الليمفاوية.

أعراض المرض:

- آلام في منطقة البطن.
- حدوث نزف شرجي.

التشخيص:

- الفحص السريري Clinical Examination: يحدد فيه الطبيب حجم الورم وحركته وليونته أو صلابته.
- التصوير الشعاعي(X-Ray): يظهر فيه وجود الورم.
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار): يتم فيه رؤية الورم وتحديد حجمه.
- التصوير الطبقي المحوري (CT.Scan): إجراء تصوير شعاعي للعضو المصاب بواسطة المقاطع.
- الخزعة النسيجية (Biopsy): يؤخذ الورم أو جزء من نسيج الورم ويرسل لفحص أنسجته مختبرياً وتحديد نوع الورم.

العلاج:

يتم العلاج عن طريق الاستئصال الجراحي للجزء المصاب بالإضافة إلى المعالجة الكيميائية.

أورام الأمعاء الغليظة Large Intestinal Tumours:

١- الأورام الحميدة Benign Tumours:

- البابيلوما (Epithelial Papilloma) أو الورم الغدي (Adenoma):

هي عبارة عن أورام متجمعة معنقة مفردة أو متعددة، متعلقة بقطعة واحدة من الأمعاء أو منتشرة في القولون، تصيب الرجال في منتصف العمر أكثر من النساء.

المسببات:

لا تعرف مسببات هذه الحالة بالضبط ويعتقد إن السبب هو الإصابة بالالتهابات المزمنة في الأمعاء.

الأنواع:

أ- الشكل المنتشر: يصيب الأطفال والشباب.

ب- الشكل المكتسب: يصيب كبار السن ويقع في أغلب الحالات في منطقة من الأمعاء وخاصة في القولون السيني والمستقيم.

ويظهر الفحص النسيجي وجود نمو زائد من الغدد المحاطة بالأوعية الدموية في النسيج الضام، وقد يتحول هذان النوعان إلى أورام خبيثة.

- الورم الشحمي (Lipoma).
- الورم الليفي (Fibroma).
- الورم العضلي (Myoma).
- الورم المخاطي (Myxoma).

وقد تكون هذه الأورام بأنواعها على شكل تجمعات مفردة أو متعددة وتكون عادة بدون أعراض إلا إذا سببت انسداد الأمعاء نتيجة لكبر حجمها وفي هذه الحالة تظهر أعراض الانسداد، وقد يحدث النزف في الورم المخاطي الكهفي.

- **الورم الغدي العضلي (Adenomyoma): ينتج هذا الورم عن نزول الغشاء المخاطي الرحمي الهاجر على السطح المصلي للأمعاء مسبباً تضيق في الأمعاء، وقد ينتشر إلى العمق.**
- **الأورام الغدية المخاطية مثل المرجلات (Polyps): وهي زوائد مخاطية غدية متعددة تصبح مرضية في حال التهابها وقد تسبب نزيف شرجي.**

وأكثر هذه الأورام حدوثاً هو الورم الشحمي والورم الغدي.

أعراض المرض:

١- آلام في المنطقة البطنية المعوية: يكون بشكل ألم ثابت في منطقة القولون.

٢- الشعور بوجود ورم أو انتفاخ في البطن.

٣- حدوث إسهال دموي مخاطي.

٤- حدوث نزيف شرجي أحياناً.

٥- حدوث انسداد في الأمعاء بسبب الورم.

٦- فقر الدم ونقص الوزن.

التشخيص:

يتم من خلال الفحص السريري للمريض والفحص الشعاعي وتنظير المستقيم.

العلاج:

يتم العلاج بواسطة الاستئصال الجراحي للورم Colectomy.

٢- الأورام الخبيثة **Malignant Tumours**:

وهي كثيرة الحدوث إذ تبلغ ٢٥% من جميع أورام الجسم الخبيثة، **ويجب التمييز ما بين أورام النصف الأول وأورام النصف الثاني من القولون، لأنهما يختلفان من حيث المنشأ والوظيفة والأمراض التي تصيبهما، فالسرطان الذي يصيب النصف الأيمن وخاصة الأعور يكون من النوع المسمى السرطان الغرائي (** Colloid Carcinoma**) مع تكون كمية كبيرة من المخاط.**

بينما يحدث في النصف الأيسر غالباً النوع المسمى بالصلد (Scirrhous Type) **ويمكن لهذه الأورام أن تصيب أي جزء من القولون غير أن أورام القولون السيني والمستقيم والشرج هي أكثرها حدوثاً وتصيب الرجال أكثر من النساء.**

الأنواع:

١- الورم النخاعي (Medullery): **يكون الورم كبيراً ومتقرحاً ويشبه شكله الفطر ولا يميل لسد الأمعاء كثيراً.**

٢- النوع الصلد (Scirrhous Type): **يتصف هذا الورم بزيادة نمو النسيج الليفي وينتج عنه انكماش تندبي وتضيق باكر وحجمه أصغر من الورم السابق.**

٣- النوع الغرائي (**Colloid Type**): **يكون هذا الورم كبيراً ويترافق بفرط تكوين المواد المخاطية ولا يبدو فيه نشاط خلوي كبير.**

أعراض المرض:

أ- أعراض النصف الأيمن (وظيفته الامتصاص):

١- آلام في المنطقة البطنية المعوية والشعور بوجود ورم أو انتفاخ في البطن.

٢- فقر دم شديد ونقص في الوزن وضعف عام.

٣- عسر الهضم.

٤- التقيؤ.

٥- إسهال دموي غير واضح.

ب- أعراض النصف الأيسر (الذي تتجمع فيه الفضلات):

١- أعراض الانسداد الذي كثيراً ما يكون حاداً.

٢- حدوث تقرحات في المنطقة.

٣- نزف شرجي.

٤- حدوث ألم في القسم الأيسر من منتصف البطن والشعور بانتفاخ البطن.

٥- الإمساك.

٦- خروج مخاط ودم مع البراز وخاصة إذا كان الورم في أسفل القولون النازل أو القولون السيني، وفي حالة سرطان المستقيم يحدث اضطراب في خروج الفضلات، ويحدث بشكل تدريجي حتى يتطور إلى الإمساك أو إلى الإسهال أو يكونا بشكل متناوب، ويظهر الدم والمخاط مع البراز، ويكون هذا في بعض الحالات العرض الأول للمرض.

٧- يشكو نصف المرضى من ألم في الشرج خاصة إذا أصيبت العضلة العاصرة للشرج بالورم ويزداد هذا الألم أثناء طرح الفضلات.

التشخيص:

- الفحص السريري (Clinical Examination).
- التصوير الشعاعي (X-Ray).
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار).
- فحص الأمعاء الغليظة بالناظور: يتم فيه رؤية الورم وتحديد مكانه، وما إذا كان هناك نزف غير طبيعي في منطقة الورم.
- التصوير الطبقي المحوري (CT.Scan).
- الخزعة النسيجية (Biopsy).

العلاج:

يتم العلاج بالاستئصال الجراحي للورم ثم المعالجة الشعاعية بالإضافة إلى المعالجة الكيميائية.

أورام الخصية Testicular Lump :

أنواع أورام الخصية:

هناك عدة أنواع من أورام الخصية تبعا لأسبابها:

١-الورم المؤلم:

المسببات:

- **ورم ما بعد الإصابات.**
- **التهاب الخصية** Orchitis.
- **التهاب البربخ** Epididymitis.
- **التهاب كيس الصفن.**
- **بسبب الإصابة بالنكاف** Mumps.
- **التواء الخصية** Torsion.

٢- الورم الغير مؤلم:

المسببات:

- **سرطان الخصية.**
- **الأدرة المائية** Hydrocele (امتلاء كيس الصفن بالماء).
- **الفتق** (اندفاع جزء من الأمعاء إلى داخل كيس الصفن).
- **دوالي الخصية** (تمدد الأوعية الدموية المحيطة بالخصية (Varicocele)).

العلاج:

تختلف طرق العلاج باختلاف السبب ومن هذه الطرق:

- **العلاج بالكمادات الباردة: كما في الإصابات.**
- **العلاج الدوائي: كحالات الالتهاب والسرطان.**
- **العلاج الجراحي: كحالات الدوالي والفتق والأدرة المائية والسرطان والتواء الخصية** (والذي يعتبر حالة طارئة).
- **العلاج الإشعاعي.**

أورام المثانة Tumour of Bladder:

وهي من الأمراض الشائعة التي تصيب الأشخاص بعد سن ٥٠ سنة.

أنواع الأورام:

١- الأورام الحلمية (Papillary T): تشكل ٨٠% من الحالات.

٢- السرطان الصلب (Solid Carcinoma): يشكل ٢٠% من الحالات.

وتعتبر جميع الأورام التي تصيب المثانة من الأورام الخبيثة، وتتميز بسرعة نموها وتقرحها وشدة خبثها، وتحدث الإصابة أولاً في الطبقة المخاطية الداخلية ثم تنتشر إلى بقية الطبقات حتى تصل إلى الطبقة الخارجية، وهناك عوامل مساعدة لحدوث الإصابة منها:

١- التدخين: بسبب طرح مواد مسببة للسرطان عن طريق المثانة كالنيكوتين والقطران.

٢- التعرض إلى المواد الكيميائية المسببة للسرطان مثل الأنيلين (يتعرض لهذه المواد المهنيون كالعاملين في الصباغة).

٣- الإصابة بالالتهابات المزمنة.

٤- الإصابة بطفيلي البلهارسيا الذي قد يسبب في أحيان كثيرة الإصابة بمرض سرطاني شائك الخلايا.

أعراض المرض:

١- تعدد مرات التبول الدموي والشعور بحرقة أثناء التبول.

٢- تكرر الإصابة بالتهابات المثانة.

٣- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٤- فقر الدم ونقص الوزن والضعف العام.

٥- اضطرابات عامة.

التشخيص:

١- الفحص السريري للمريض.

٢- فحص المثانة بواسطة الناظور.

٣- إجراء الفحوصات الشعاعية: الأشعة السينية (X-Ray) والأشعة الطبقية.

العلاج:

يتم العلاج جراحياً عن طريق استئصال الورم وإجراء تصنيع للمثانة من أجل القيام بوظيفتها.

ايدز AIDS متلازمة فقدان المناعة المكتسبة Acquired Immune Deficiency Syndrome:

هو مرض خطير جدا ينتج عن عجز مقدرة أجهزة المناعة في الجسم على محاربة الكثير من الامراض، مما يؤدي إلى الموت في النهاية.

وتعني كلمة إيدز متلازمة عوز المناعة المكتسب، **ويشير اسم هذا المرض الى حقيقة أنه يصيب جهاز المناعة لدى المريض ورغم أن بعض الباحثين كانوا يتابعون حالات هذا المرض منذ عام** ١٩٥٩م **إلا أن أول اكتشاف للإيدز كان في أمريكا في عام** ١٩٨١م **ثم تتابع تشخيص حالات هذا المرض في جميع أنحاء العالم.**

المسببات:

يسبب مرض الإيدز فايروسان في مجموعة الفايروسات التي تدعى الفيروسات الخلفية، **ووقد اكتشف في عام** ١٩٨٣م **وفي عام** ١٩٨٥م **أصبح الفايروس يدعى فيروس العوز المناعي البشري أو هيف** (HIV-١)**، كما اكتشف العلماء فيروساً أخر اطلق عليه اسم هيف** -٢ (HIV-٢)**، وهو من فصيلة الاندماج مع المادة الوراثية للإنسان ويبقى كامناً لعدة سنوات بعد حصول العدوى بانتظار عامل محفز ليتكاثر، ويسبب مرض الإيدز تدمير خلايا اللمفوسايت** (وهي الخلايا المسؤولة عن دفاعات الجسم ضد الأمراض) **وتحطيم قدرات الجهاز المناعي في جسم الإنسان، ويتكاثر هذا الفايروس داخل هذه الخلايا مما يؤدي الى تحطيم الوظيفة الطبيعية في جهاز المناعة لهذا السبب فإن الشخص المصاب بفيروس هيف يصبح عرضة للإصابة بأمراض جرثومية معينة قد لا يصاب بها الشخص العادي أو قد لا تكون ممرضة بطبيعتها وتسمى بالامراض الانتهازية لانها تستغل تحطم جهاز المناعة.**

وكذلك يهاجم الفايروس الخلايا الدماغية والخلايا المبطنة للأوعية الدموية بشكل مباشر مخترقاً الحاجز الدموي الدماغي ويحصل نتيجة لذلك التهابات شديدة وأعراض مرضية خبيثة وقاتلة.

ويوجد فايروس الإيدز في أنسجة جسم المصابين بالمرض كما يوجد في سوائل الجسم وإفرازاته المختلفة، **ولقد تم عزل هذا الفايروس من الدم واللعاب والدمع وحليب الأم والمني وإدرار المرضى المصابين، ولكن الأهمية البالغة في انتقال المرض وانتشاره السريع تبقى عن طريق الدم والإفرازات الجنسية للرجل والمرأة.**

فترة الحضانة:

إن فترة حضانة فايروس الإيدز غير محددة بشكل قاطع ولكنها فترة طويلة تمتد من ستة أشهر إلى عدة سنوات بمتوسط حوالي ٢,٥ سنة وتقصر هذه الفترة إلى سنة عند الأطفال، **وتقل إذا كانت العدوى قد حدثت بسبب نقل الدم.**

طرق العدوى:

ينتقل فايروس الإيدز بواسطة الجماع واللواط ونقل الدم الملوث، **أو الإبر الملوثة، وكذلك ينتقل من الأم المصابة إلى جنينها، ولا بد من فحص الدم المراد نقله أولاً للتثبت من عدم تلوثه بفايروس الإيدز.**

تطور المرض:

عند التعرض للإصابة بالفايروس قد تقوم العضوية بإجهاض الإصابة فوراً ولا يحدث أي تفاعل مصلي، وغالباً ما يتطور المرض بأحد الأشكال الثلاثة الآتية:

١- ينمو المرض ويتكاثر ثم يختفي تاركاً تفاعلات مصلية إيجابية ويمكن أن يتم ذلك إما:

أ- **بدون ظهور أي علامات أو أعراض.**

ب- ظهور متلازمات التهابية حادة مثل:

- **ارتفاع درجة الحرارة.**
- **التعرق.**
- **آلام في العضلات والمفاصل.**
- **تضخم العقد الليمفاوية.**

وتختفي هذه الأعراض خلال أسبوع أو أسبوعين دون أي معالجة.

٢- يسير المرض ويتطور من خلال الانتشار التدريجي للفايروس حتى يصل إلى الجهاز الليمفاوي فتظهر على المريض الأعراض التالية:

- ارتفاع درجة الحرارة.
- نقص الوزن.
- الوهن.
- الإسهال المزمن.
- الاضطرابات العصبية.

٣- تتطور هذه المتلازمة لتؤدي إلى إصابة الجهاز المناعي بكامله بالتلف حيث تسبب الفايروسات اتلاف الخلايا الليمفاوية التائية المساعدة T.Helper.

مراحل المرض:

١- مرحلة حامل الفايروس: في هذه المرحلة لا تظهر على المصاب أي أعراض.

٢- مرحلة تضخم الغدد الليمفاوية المنتشر: في هذه المرحلة أيضاً لا تظهر على المصاب أي أعراض.

٣- مرحلة تضخم العقد الليمفاوية المنتشر: وتسمى أيضاً **(مرحلة ما قبل الإيدز (** Pre AIDS Stage**) وتظهر في هذه المرحلة أعراض أهمها:**

- تضخم العقد الليمفاوية في أجزاء مختلفة من الجسم **وتصبح هذه العقد جامدة ولكنها ليست شديدة الصلابة.**
- شعور دائم بالتعب والإرهاق دون أي سبب واضح، **يصحبه الكسل وعدم الرغبة في بذل أي مجهود.**
- ارتفاع درجة الحرارة، **ويكون أما مستمراً أو بسيطاً متكرراً ويصحبه غزارة في التعرق وخاصة في الليل.**
- فقدان سريع للوزن: **يفقد المريض من وزنه ما يزيد عن** ٤,٥ كيلو غرام **خلال شهرين.**
- الإصابة بالإسهال: **ويكون بشكل متكرر أو مستمر بدون وجود سبب واضح.**
- صعوبة التنفس وسعال جاف **يستمر لعدة أسابيع.**

- ظهور مرض جلدي يكون على شكل بقع قرمزية أو زهرية اللون على الجلد وتكون هذه البقع ملساء أو خشنة تشبه آثار الكدمات، كما تظهر التهابات صديدية في بصيلات الشعر بالإضافة إلى أنواع من الأكزيما.

التشخيص:

اصبح الكشف عن وجود دلائل فيروس الايدز في الدم واسع الانتشار ومتوافراً للجميع وبهذه الفحوصات امكن التحقق من وجود الاجسام المضادة لفايروس الايدز.

والاجسام المضادة هي بروتينات تنتجها خلايا دم بيضاء معينة عند دخول الفايروسات أو البكتيريا أو الاجسام الغريبة الى جسم الانسان ويدل وجود هذه الأجسام المضادة في الدم على وجود عدوى بالفايروس كنوع من الاستجابة المناعية في الجسم وإن كانت غير كافية في التغلب على العدوى، ويمكن الكشف عن هذه الأجسام المضادة بإحدى الطرق التالية:

١- **اختبار اليزا** (Alisa Test).

٢- **اختبار الترسيب المناعي.**

٣- **اختبار التنشيف المناعي** (التنشيف الغربي).

سير المرض:

يكون الاشخاص المصابون بفايروس الايدز معرضين بدرجة كبيرة للامراض الانتهازية والخبيثة التي تسببها البكتيريا والفايروسات والفطريات الإنتهازية، **وتعود الوفيات في مرضى الإيدز إلى مجموعة الأمراض التي تصيب الجسم نتيجة لفقدان المناعة** ومعظم الحالات التي تؤدي إلى الوفاة هي:

- الالتهاب الرئوي الحاد المميت **الذي يسببه الطفيلي المتحوصل في الرئتين والذي يسبب مرض** (ذات الرئة الكيسية-الكارينية) **إذ يصيب ٦٥% من مرضى الايدز ويعتبر السبب الرئيسي للوفاة.**
- غرن كابوسي: **هو نوع من السرطان يصيب الجلد والنسيج الضام ويكون مشابهاً للجلد المصاب بالحروق، ويعتبر هذا المرض من أكثر الأمراض المشخصة في الإيدز خطورة فهو بمثابة إنذار الموت لمريض الإيدز.**

العلاج:

يهدف علاج الايدز إلى:

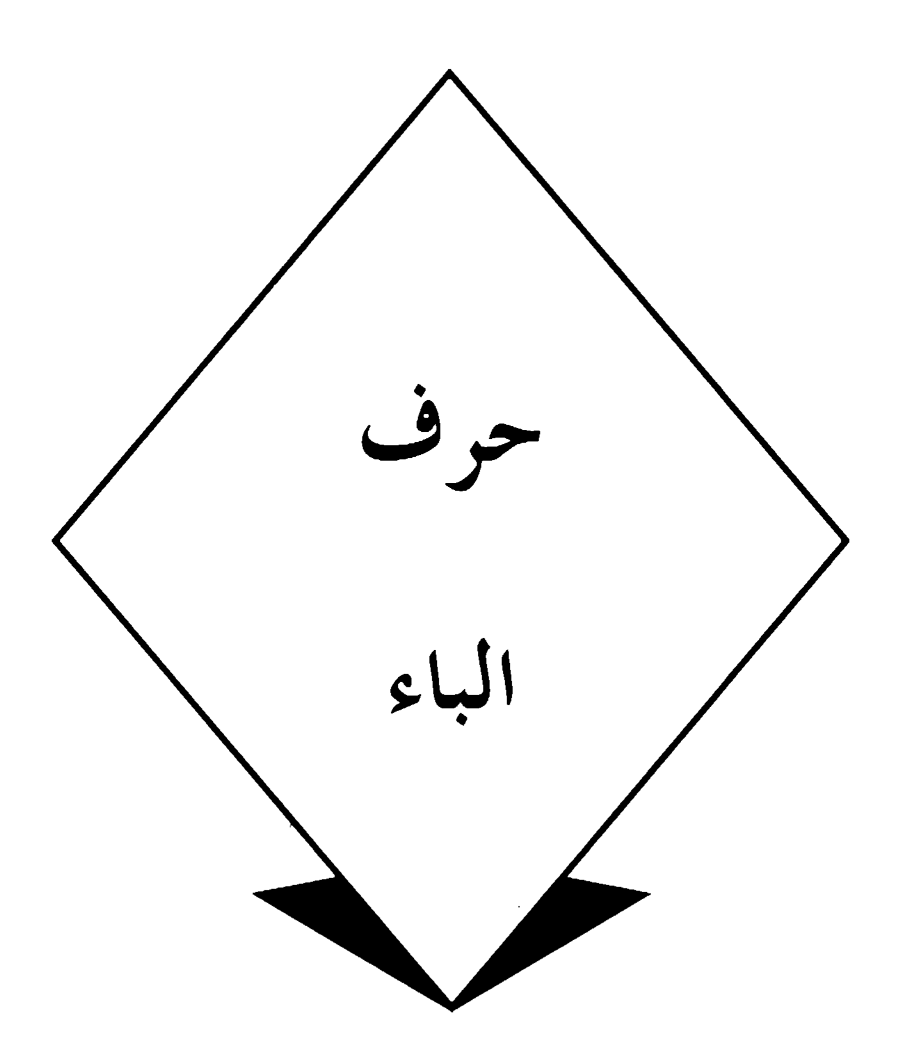
- **إيقاف نمو فايروس الإيدز.**
- **معالجة الأمراض الإنتهازية الثانوية المتسببة عن نقص المناعة.**
- **السيطرة على الأعراض الحاصلة.**
- **رفع القدرة المناعية للمريض.**

وحتى الآن لم يتوصل العلم إلى إيجاد علاج ناجح لمرض الإيدز بالرغم من المحاولات العديدة لعلاج المرض والتي لازالت الدراسات والبحوث المتناولة لهذا الموضوع مستمرة إلى اليوم.

ومن الادوية التي تستطيع إيقاف نمو فيروس الايدز في مزارع المختبر هو دواء زيدوفودين، **وهو من ضمن الادوية المضادة للفيروسات الذي شاع استعماله واطلق عليه سابقاً اسم ازيدوثيميدين ويعرف باسمه المختصر** AZT.

كما يستخدم الدواء الحيوي الانترفون في علاج الايدز.

وتبقى المعالجة المثلى لهذا المرض هي العلاج الوقائي وذلك بتحاشي الاتصال الجنسي غير المشروع، وعدم مخالطة المدمنين والابتعاد عن تعاطي المخدرات بالإضافة إلى تشديد الرقابة على فحوصات الدم قبل نقله إلى المرضى.


حرف
الباء



بثور Pustules:

هي علامات التهابية مجوفة تحتوي على سائل قيحي عكر مثل التهاب الحويصلات الشعرية (Folliculitis).

بُردة Chalazion:

هو تورم موضعي **غير مؤلم في الجفن يحدث نتيجة لانسداد في بعض الغدد الدهنية.**



بردة في الجفن العلوي للعين

العلاج:

- يعالج في المراحل الأولية **بواسطة الكمادات الدافئة وقطرات المضادات الحيوية الموضعية.**
- **وفي حالة عدم الاستجابة** يتم علاجها جراحياً **بتفريغ الكيس الدهني أو استئصاله** جذرياً.



البردة من داخل العين

بري بري Beriberi:

هو مرض خاص بأعصاب اليد والقدم يحدث بسبب نقص فيتامين (ب١) أو الثيامين وهذا الفيتامين ضروري لصحة القلب والجهاز العصبي.

المسببات:

نقص فيتامين (ب-أ) وتناول الخمور والمخدرات.

أعراض المرض:

- تيبس الأطراف السفلية والشلل.
- الألم في جميع أنحاء الجسم.
- تبدأ أنسجة العضلات في التهتك تدريجياً.
- فقر الدم.

العلاج:

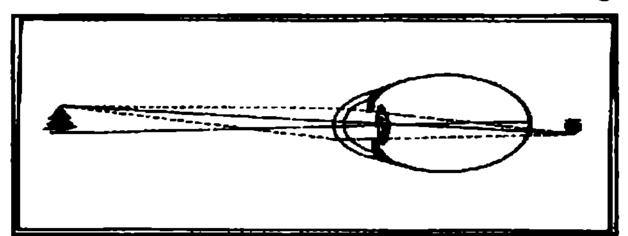
يتم العلاج بعد تشخيص المرض ثم يعوض جسم الإنسان عن فقد الثيامين وهو عنصر مهم في الجسم ويوجد في فيتامين (ب-أ) والبعد عن مسبباته وهي الخمور والمخدرات والتغذية السليمة للجسم.

بعد النظر Hyperopia:

هي الحالة التي تتكون فيها صور الأجسام خلف الشبكية بدلاً من أن تتكون على الشبكية نفسها مما يؤدي إلى عدم وضوح الرؤية.

أعراض المرض:

- عدم وضوح الرؤية عن قرب (الصعوبة في القراءة).
- الحول عند الأطفال.
- الصداع (بسبب إجهاد العين).



المسببات:

- **الزيادة أو النقصان في طول عمق العين** (مقلة العين) **من الداخل .**
- **الزيادة أو النقصان في قدرة العين على تجميع الأشعة المنعكسة من الأجسام والتي غالباً ما تكون بسبب عوامل وراثية .**

بقع Macule :

وهي عبارة عن تغيرات تحدث في لون الجلد فقط منها:

- بقع دموية وعائية جلدية مثل الوحمة (Navus).
- بقع نزفية جلدية مثل فرفرية (Purpura).

بلهارزيا Bilharizia :

هو مرض قاتل أحياناً تسببه ثلاثة أنواع من الديدان الطفيلية تسمى المنشقة الشستوسوما، (ينتشر مرض البلهارسيا في جميع أنحاء العالم ويصيب حوالي ٢٠٠ مليون شخص في أفريقيا وأمريكا الجنوبية وبعض جزر الكاريبي) **وسمي المرض باسم بلهارسيا نسبة إلى الطبيب الألماني تيودور بلهارس الذي اكتشف المرض** عام ١٨٥١م.

المسببات:

الاستحمام في الترع المليئة بديدان البلهارسيا أو غسل الأواني والصحون في هذه الترع.

أعراض المرض:

- **ظهور طفح جلدي يدعو للحك في المكان الذي دخلت منه تلك الديدان.**
- **ألم في المعدة.**
- **السعال.**
- **الشعور بعدم الراحة.**
- **ارتفاع درجة الحرارة.**
- **تقيؤ.**
- **يصاب الكثير من المرضى بالإسهال وفقدان الوزن.**

• **تؤدي الحالات الخطيرة إلى الإضرار بالكبد والطحال والأمعاء.**

العلاج :

يعالج الأطباء هذا المرض باستعمال عقار برازيكوانتيل **وتحاول الهيئات الطبية القضاء على المرض بتحسين وسائل الصرف الصحي ونزع الحلزونات من المياه.**

بهاق Vitiligo

هو أحد الأمراض الجلدية الشائعة، وتشكل ونسبة الإصابة به حوالي ١-٢% من نسبة السكان، **وينتج عن النقص في إنتاج الميلانين وهي الصبغة التي تعطي الجلد لونها الطبيعي وذلك بسبب فقدان خلايا الميلانين، ويصيب هذا المرض الخلايا الصبغية في الجسم والموجودة في قاع البشرة مما ينتج عنه ظهور بقع بيضاء اللون خالية من الصبغة، وغالباً ما تكون محاطة بلون بني داكن.**

المسببات:

ليست هناك أسباب محددة للإصابة بهذا المرض، **ولكن غالباً ما يصاب الشخص بالبهاق بعد تعرضه لصدمة عصبية معينة أو بعد تعرضه لحادث أو مرض شديد أو حروق، ويصيب مرض البهاق غالباً الأفراد الذين لديهم تاريخ وراثي لهذا المرض وغالباً ما تبدأ الإصابة قبل بلوغ سن العشرين.**

وهناك عدة نظريات من المحتمل أن تكون هي السبب في الإصابة بالبهاق وهي:

١- **حدوث خلل في وظيفة الخلايا الصبغية نتيجة لخلل في الأعصاب المغذية لها.**

٢- **تفاعل مناعي ذاتي يؤدي إلى تعرف الجسم على الخلايا الصبغية على أنها خلايا غريبة عن الجسم فيتعامل معها ويدمرها.**

٣- **تدمير الخلايا الصبغية لنفسها.**

ويكتشف مريض البهاق الإصابة بنفسه من خلال تباين اللون بين الأماكن المصابة والأماكن السليمة، **ولا يمكن للمريض أو الطبيب تحديد مدى الإصابة أو كمية الخلايا الصبغية التي ستفقد أثناء الإصابة بالمرض.**

أعراض المرض:

يتمثل البهاق بظهور مناطق أو بقع بيضاء ناقصة الصباغ (يكون لونها بلون الحليب)، وهذه البقع تكون واضحة الحدود والحس فيها سليم وحولها هالة سمراء مفرطة الصباغ وهذا ما يميزها عن البقع الجذامية، وغالباً ما تكون متناظرة بأجزاء معينة من الجسم مثل الوجه وخاصة حول العينين، والفم، وفي منطقة الإبط، والمنطقة الإربية، والمنطقة التناسلية، وحول حلمة الثدي والسرة، وحول فتحة الشرج، وفي المناطق المعرضة للاحتكاك، ولا يشكو المريض من أي عرض شخصي سوى الانزعاج النفسي من الناحية الجمالية فقط.

وقد يظهر البهاق في منطقة عليها شعر وفي هذه الحالة يكتسب الشعر اللون الأبيض، وقد تكبر بقع البهاق أو تتسع تدريجياً، وهي حساسة لأشعة الشمس وقد يؤدي تعرضها الطويل لهذه الأشعة إلى حدوث حروق في المناطق المصابة ، مما يتوجب تغطيتها أو حمايتها بمراهم خاصة.

وعادة ما يكون الشخص المصاب بالبهاق معافى وبصحة جيدة، ولكن في بعض الأحيان تكون هناك بعض الأمراض المناعية المصاحبة للبهاق مثل الثعلبة ،الأنيميا الخبيثة أو أمراض الغدة الدرقية، ولذلك لابد من عمل بعض الفحوصات المخبرية للتأكد من سلامة مريض البهاق وعدم إصابته بهذه الأمراض.

أنواع البهاق :

١- البهاق المنتشر:

وهو الذي يظهر وينتشر تدريجياً ليصيب مساحات كبيرة من الجسم قد تصل إلى كامل الجسم ماعدا أجزاء بسيطة تحتفظ بلونها الأصلي.

٢- البهاق الثابت أو المستقر:

وهو الذي يبدأ ثم ينتشر في أجزاء معينة ثم يتوقف عن الانتشار بحيث لا تزيد المساحات المصابة بعد التوقف.

٣- البهاق المتراجع:

وهو الذي يبدأ وينتشر ثم يتراجع تدريجياً وتبدأ الصبغة في الظهور مرة أخرى في الأماكن التي أصيبت بالبهاق.

العلاج:

١ - إن العديد من حالات البهاق تتحسن تلقائياً، غير أنه لا يوجد حالياً علاج موحد يعطي الشفاء التام.

وتعتبر أنجح طريقة لعلاج البهاق هي إشراك مركبات الميلادينين مع الكورتيزون، كما يعطى المصاب جرعات كبيرة من الفيتامين C ومجموعة الفيتامينات (ب١، ب٦، ب١٢).

أما موضعياً فيستعمل محلول الميلادينين مع التعرض التدريجي وبحذر شديد إلى أشعة الشمس وذلك خشية حدوث الحروق المختلفة، وهذه الطريقة لا تستخدم إلا في حالات البقع الصغيرة، أما عندما تكون البقع واسعة فيفضل فيها العلاج الداخلي بالإضافة لاستخدام مراهم الكورتيزون خارجياً، والتعرض التدريجي لأشعة الشمس على أن لا تتجاوز مدة التعرض (١٠- ١٥) دقيقة في اليوم.

٢ - العلاج بالأشعة فوق البنفسجية.

٣- العلاج الجراحي: مثل زراعة الخلايا الصبغية أو تطعيم الأماكن المصابة بجلد سليم، وتستخدم هذه الطريقة في البهاق الثابت وغير المستجيب للعلاج بالطرق الأخرى.

بواسير Hemorrhoids (Piles) :

تعتبر البواسير مشكلة شائعة وخاصة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ إلى ٥٠ سنة، وهي دوالي تصيب مجموعة الأوردة الشرجية الواقعة في جدار المستقيم تحت الغشاء المخاطي وهذه الأوردة تنتفخ بالدم أثناء التقلصات الخاصة (الحزق) بعملية الإخراج، ويمكن أن تتدلى خارج فتحه الشرج .

المسببات:

١ - وجود ضعف خلقي في جدار الأوعية الدموية للشرج.

٢ - التقلصات الخاصة (الحزق) المتكررة والمستمرة أثناء عملية الإخراج.

٣- الإمساك المزمن .

٤- الأعمال اليدوية الثقيلة .

٥- الجلوس لفترات طويلة (أثناء القيادة مثلاً).

٦- **الحمل.**

٧- **الأمراض الصدرية المزمنة.**

أنواع البواسير

أ- بواسير أولية :

وهي أكثر الأنواع شيوعاً وقد تصل إلى حجم كبير أحياناً وأسبابها غير معروفة، **كما أن تناول المواد الحارة أو الفلفل يساعد على حدوث آلام والتهابات في هذه المنطقة ويتم علاجها جراحياً.**

ب- بواسير ثانوية:

تظهر نتيجة لوجود مرض آخر مسبب لها وأهم الأمراض المسببة لهذا النوع من البواسير هي أمراض المستقيم، **تضيق المستقيم أو سرطان المستقيم، وارتفاع ضغط الدم في الوريد البابي، كما يحدث في مرض تليف الكبد البلهارزي أو تليف الكبد لأي سبب آخر أو نتيجة لوجود أمراض كامنة في الحوض مثل التكيس المبيضي والحمل المتقدم وأورام الرحم وتضخم البروستات** (ومن هنا فإن علاج هذا النوع يتم بعلاج المرض الأساسي المسبب لظهوره).

وتقسم البواسير إلى أربع درجات هي:

- **بواسير من الدرجة الأولى :**

وهي أبسط الدرجات، **وهي دوالي داخلية غير متدلية تتكون عند التقاء نهاية المستقيم بمنطقة الشرج، وهي بشكل عام غير مؤلمة ولا يشعر فيها المريض سوى نزول بعض قطرات من الدم بعد عملية الإخراج.**

- **بواسير من الدرجة الثانية:**

هي بواسير داخلية تبرز من خلال فتحة الشرج، **يشعر فيها المريض بنزول انتفاخات لحمية من فتحة الشرج أثناء عملية الإخراج أو عند الوقوف أو المشي، ولكنها تعود لوضعها الطبيعي بعد ذلك، وهي عادة ما تكون مؤلمة.**

- **بواسير من الدرجة الثالثة :**

هي بواسير داخلية متدلية تبرز من خلال فتحة الشرج وقد يصاحبها وجود دوالي

خارجية تكون عروة جلدية مع مرور الزمن، **ويشعر فيها المريض بنزول انتفاخات لحمية من فتحة الشرج أثناء عملية الإخراج ولكنها لا تعود لوضعها الطبيعي بعد ذلك إلا بواسطة دفعها من قبل المريض أو الطبيب.**

- **بواسير من الدرجة الرابعة:**

تصبح فيها البواسير متدلية باستمرار **ولا يمكن إرجاعها لوضعها الطبيعي وقد يصحبها نزيف أو التهاب أو غير ذلك من المضاعفات.**

المضاعفات:

- **النزف الشرجي: وعادةً ما يكون العرض الوحيد للمريض وقد يسبب فقر الدم إذا كان مستمراً.**
- **إفرازات مخاطية.**
- **ألم وحكة في منطقة الشرج.**
- **تقيح المنطقة وحدوث الفطر الشرجي والنواسير.**

العلاج:

يتم العلاج في الحالات البسيطة وفي الدرجتين الأولى والثانية وفي حالات صغار السن بدون جراحة وذلك عن طريق تجنب العوامل التي تساعد على ظهور هذا المرض كالاهتمام بالتغذية الصحية الغنية بالألياف لتجنب الإمساك المزمن، أما إذا أصيب الشخص بهذا المرض فيمكن اتباع الإرشادات التالية:

- **تنظيف منطقة الشرج بالماء والصابون مع التجفيف باستخدام ورق حمام ناعم عدة مرات في اليوم.**
- **استخدام بعض المراهم الموضعية أو التحاميل التي تساعد على تخفيف الآلام وتقلل من الاحتقان.**
- **تجنب تناول المواد الحارة وتجنب حدوث الإمساك أو الإسهال.**

وهناك علاج يتم بحقن مواد تسبب تخثر الدم في الأوردة المنتفخة وحدوث نسيج ضام يساعد على ضمور البواسير.

أما في الحالات الشديدة فيتم العلاج بالاستئصال الجراحي.

بيتا ثلاسيميا Beta Thalassemia :

الثلاسيميا تعني وجود خلل في إنتاج إحدى السلاسل الأمينية الضرورية لإنتاج هيموغلوبين الدم في البالغين بنسبته الطبيعية، **ويكون الخلل إما في السلسلة ألفا** (ألفا ثلاسيميا) **أو السلسلة بيتا** (بيتا ثلاسيميا) **وهي الأكثر انتشاراً، ويؤدي الخلل إلى نقص في كمية السلسلة المتوفرة لتتحد مع السلاسل من الأنواع الأخرى لإنتاج الهيموغلوبين مما يؤدي إلى ترسبها في كريات الدم الحمراء وبالتالي تكسرها في الطحال أسرع من كريات الدم الحمراء الطبيعية.**

والثلاسيميا هي مرض وراثي أي يرثه الشخص من الأبوين، **ويرث من كل منهما جيناً واحداً لإنتاج السلسلة بيتا أي جين** (بصمة وراثية) **من الأب والأخرى من الأم، فإذا ورث جيناً واحداً يكون مصاباً ببيتا ثلاسيميا صغرى** (Beta Thalassemia Trait) **أو من الأب والأم فيكون مصاباً ببيتا ثلاسيميا كبرى** (Beta Thalassemia Major) .

١ - بيتا ثلاسيميا صغرى :

وهي النوع الخفيف ويسمى الشخص (حامل للمرض) **وتكون حياة الشخص المصاب طبيعية وكذلك نموه طبيعياً، ولكن ربما يشكو من أعراض بسيطة كالدوار أحياناً، أو ضعف عام بسيط، وتدل التحاليل المختبرية على وجود فقر دم بسيط مع زيادة في نسبة هيموغلوبين A_2 وأحياناً هيموغلوبين F كذلك.**

٢ - بيتا ثلاسيميا كبرى:

وهي النوع الشديد ويسمى الشخص (مصاب بالمرض) **ويؤدي إلى تكسر شديد لكريات الدم الحمراء منذ الصغر، كما يؤدي إلى تضخم الطحال والكبد وفقر دم شديد** (نقص شديد بكمية الهيموغلوبين في الدم) **ويرقان وزيادة كمية الحديد في الجسم وترسبه في الأنسجة مما يؤدي إلى تلفها** (لا يوجد هيموغلوبين البالغين في الدم أو قد موجوداً بنسبة ضئيلة جداً والسائد هو الهيموغلوبين الجنيني (Hemoglobin F)) **ويحتاج المريض إلى نقل دم طيلة حياته.**

المضاعفات:

١ - تضخم نخاع العظم **في محاولته لإنتاج كريات دم حمراء لتعويض ما يتكسر منها مما يؤدي إلى هشاشة العظام وقابليتها للكسر بسرعة، وكذلك تغير ملامح وجه المصاب ليبدو شبيها بالمنغوليين.**

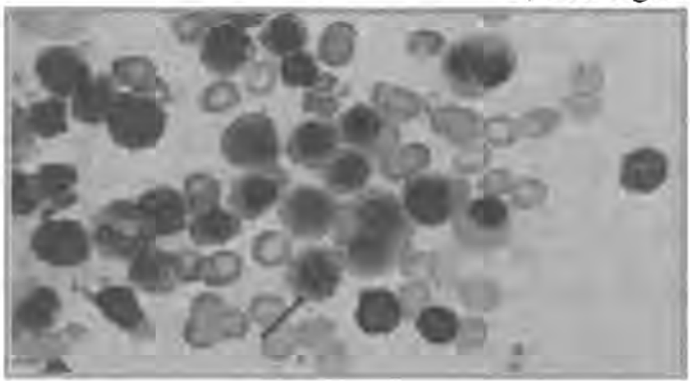
٢- تضخم الطحال مما يزيد من حدة تكسر كريات الدم الحمراء فتزيد الحالة سوءا ويكون الطحال المتضخم أكثر عرضة للتمزق والنزيف إذا ما تعرض المريض لضربة على بطنه أياً كان سببها.

٣- زيادة الحديد في الجسم (Haemochromatosis) نتيجة لعمليات نقل الدم وتكسر كريات الدم الحمراء، وترسبه في الأنسجة مما يؤدي إلى تلفها وهبوط عملها، ويعتمد المرض الذي ينتج عن ذلك على نوع العضو المصاب:

- الغدة الدرقية والجار درقية: يؤدي إلى هبوط في عملهما (Hypothroidism –Hypoparathyroidism).
- الكبد: يؤثر على وظائف الكبد ("Hepatic Failure "Cirrhosis).
- القلب: يؤدي إلى هبوط في القلب (Heart Failure) .
- البنكرياس: يؤدي إلى تلف البنكرياس ثم عدم مقدرته على إفراز الأنسولين مما يؤدي إلى الإصابة بمرض السكري.
- كما يترسب الحديد في الجلد كذلك فيكسبه لوناً برونزياً، لذا يطلق على هذا النوع اسم مرض السكري البرونزي (Bronze Diabetes).
- زيادة فرص الإصابة بالأمراض التي تنتقل نتيجة نقل الدم مثل التهاب الكبد الفايروسي (Viral Hepatitis) وكذلك مرض الإيدز (AIDS) .

التشخيص:

يكون عن طريق تحليل أنواع الهيموغلوبين الموجودة في الدم (Haemoglobin Electrophoresis).



صورة مجهرية لدم مصاب بثلاسيميا كبرى لاحظ وجود خلايا سليفات الحمراء (ذوات النواة) والتي لا تكون موجودة في الدم الطبيعي

العلاج :

١ - نقل الدم تقريباً شهرياً للمحافظة على مستوى معقول للهيموغلوبين في الدم.

٢ - التخلص من الحديد الزائد في الجسم بإعطاء أدوية تتحد معه ليطرح خارج الجسم مثل ديسفيرال (Desferrioxamine) .

٣ - أخذ أقراص الفولك أسد (Folic acid) لتجنب النقص فيه وذلك لزيادة طلب الجسم إليه نتيجة لتكسر كريات الدم الحمراء وأهميته في إنتاجها في الجسم.

٤ - زراعة نخاع العظم (Bone Marrow Transplant) ويجب توفر متبرع ملائم مطابق من حيث التركيبة الوراثية.

٥ - العلاج بالجينات أي تعديل التركيبة الجينية الوراثية للمريض (Gene Therapy) في المستقبل حيث أن التركيز على العلاج الجيني هو محور الأبحاث في كل الأمراض .

الناحية الوراثية:

وهي الناحية المهمة، ويجب على المصاب فهمها وإدراكها، وأكثر الأمراض الوراثية تنتج عن تزاوج الأقارب، حيث تكون نسبة اتحاد الجينات المكبوتة (Recessive Genes) عالية.

ولزيادة الإيضاح سوف نرمز للجين السليم بـ ß والجين غير السليم بـ $ß^{o}$ فيكون رمز بيتا ثلاسيميا صغرى ($ßß^{o}$) وثلاسيميا كبرى ($ß^{o}ß^{o}$) والشخص السليم (ß ß):

١ - فإذا تم الزواج بين شخص سليم (ß ß) وآخر مصاب ببيتا ثلاسيميا صغرى ($ßß^{o}$) حامل للمرض تكون الاحتمالات كما يلي:

	ß	$ß^{o}$
ß	ßß	$ßß^{o}$
ß	ßß	$ßß^{o}$

أي أن احتمال إصابة الجنين في الحمل ببيتا ثلاسيميا صغرى تكون ٥٠% (حامل للمرض).

٢- إذا تم الزواج بين شخص حامل للمرض (ßß°) من آخر مصاب بنفس الحالة (ßßo) حامل للمرض فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	ß	ß°
ß	ßß	ßß°
ß°	ßß°	ß°ß°

أي أن إحتمال إصابة الجنين في الحمل ببيتا ثلاسيميا صغرى تكون ٥٠% (حامل للمرض)، و ٢٥% ببيتا ثلاسيميا كبرى و ٢٥% طبيعي.

٣- إذا تم الزواج بين شخص مصاب بالمرض (ß° ß°) من شخص سليم (ßß) فان جميع الأولاد يكونون حاملين للمرض (بيتا ثلاسيميا صغرى):

	ß°	ß°
ß	ßß°	ßß°
ß	ßß°	ßß°

٤- إذا تم الزواج بين شخص مصاب بالمرض (ß°ß°) من شخص حامل للمرض (ßßo) فان الاحتمالات تكون كما يلي:

	ß°	ß°
ß	ßß°	ßß°
ß°	ß°ß°	ß° ß°

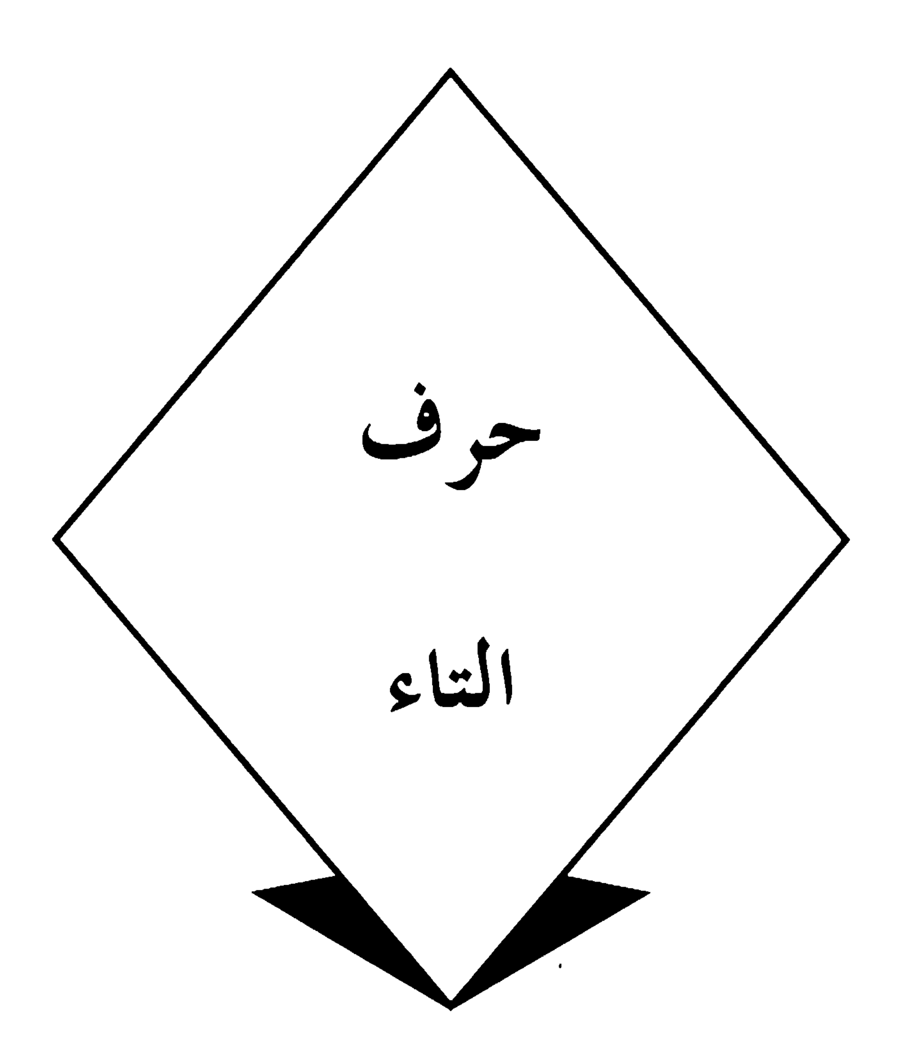
أي أن احتمال إصابة الجنين في الحمل ببيتا ثلاسيميا كبرى تكون٥٠% و ٥٠% ببيتا ثلاسيميا صغرى.

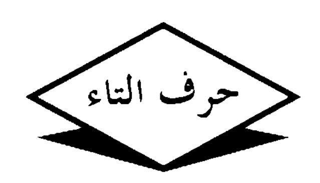
٥- وإذا تزوج شخص مصاب من آخر مصاب كذلك فإن جميع الأولاد يصابون ببيتا ثلاسيميا كبرى.

وهناك حالات تنتج من إتحاد الجينات (البصمات الوراثية) المختلفة بعضها ببعض الموروثة من الأبوين، فإذا كان الأب مثلاً حاملاً للثلاسيميا، والأم حاملة للمنجلية ينتج عن ذلك مرض بيتا ثلاسيميا / منجلية (Sickle/Thalassemia)، كذلك يمكن أن يكون نفس الشخص مصاباً بنقص أنزيم G٦PD لأنه يورث عن طريق آخر وهو الكروموسوم الجنسي.

ويتضح مما سبق أهمية التأكد من خلو الطرف الثاني في الزواج من بيتا ثلاسيميا صغرى إذا كان الطرف الأول حاملاً لها، **وذلك لتجنب إنجاب أطفالاً مصابين ببيتا ثلاسيميا كبرى، مما يؤدي إلى معاناة الطفل والأبوين.**

ويستحسن أن يتأكد أي شخص يريد الزواج من خلوه هو نفسه من هذه الأمراض وخلو الطرف الآخر منها، **وخاصة مع وجود تاريخ عائلي للمرض حتى لو كانا لا يشتكون من أي أعراض خلال حياتهما.**


حرف
التاء



تخزر Licheni Fication:

هو أحد الإندفاعات الثانوية التي تظهر على الجلد ويظهر على شكل زيادة في سمك الجلد واتضاح رسومه، ويكون مترافقاً بخشونة البشرة وتصبغها، كما يحدث في حالة الأكزيما والأكال المزمن.

تخلخل العظام Osteoporosis :

هو نقص يحدث في مكونات نسيج ظم، حيث يتكون العظم الطبيعي من سلسلة من الصفائح الرقيقة المتقاطعة المحاطة بغلاف كثيف.

المسببات:

يحدث نتيجة للإصابة بعدد من الأمراض التي تقلص حجم العظم، وتشمل هذه الأمراض:

- مختلف الأمراض الهرمونية.
- الجروح أو الالتهابات الموضعية.
- فقدان النشاط البدني.
- الفقدان الطبيعي للعظام الذي يحدث نتيجة التقدم في السن.
- أكثر تخلخل العظام شيوعاً هو ما يصيب النساء بعد سن اليأس.
- نقص الأستروجينات وهي هرمونات جنسية أنثوية، حيث يعجل نقصها بتخلخل العظام.
- نقص مستوى الكالسيوم يؤدي إلى تخلخل العظام.

أعراض المرض:

يؤدي تخلخل العظام بعد سن اليأس إلى كسور في المعصم، وفي عظام العمود الفقري والورك.

العلاج:

ليس هناك علاج شافي من تخلخل العظام بعد سن اليأس حتى اليوم، **ولكن**

المعالجة السريعة يمكن أن تبطئ من تزايد فقدان العظام، وقد أثبتت الأدوية المحتوية على الأستروجين، ومركبات الكالسيوم تأثيرها في التخفيف من فقدان العظام، ولكن الاستعمال الطويل لكميات كبيرة من الأستروجين قد يكون مضراً، لذلك ينصح بالجمع المستديم ما بين التمارين المنتظمة والنظام الغذائي الغني بالكالسيوم من أجل الوقاية من هذا المرض.

تدرن الجلد Tuberculosis:

يحدث تدرن الجلد نتيجة للإصابة بالبكتيريا من نوع عصيات كوخ، **وقد تكون العدوى بدائية بسبب خارجي أو قد تنتقل عن طريق الليمف أو الدم من إصابة تدرنية بدائية داخلية، والقشع عند المصابين بالتدرن الرئوي يمكن أن يحدث إصابة بالتماس المباشر حين خروجه من الفم سواء بالأغشية المخاطية أو بالجلد.**

أعراض المرض:

- الذئبة التدرنية (السلية).
- التدرن الخنزيري أو ما يسمى (الخنزرة).
- التدرن الثؤلولي.

تدرن المعدة Gastroculosis:

وهو أحد مضاعفات التدرن الرئوي ويكون بأحد الأشكال التالية:

- **الشكل المتقرح.**
- **الشكل التضخمي المرتشح.**
- **الشكل الحبيبي المنتشر الحاد.**
- **الشكل المنتشر خارج المعدة.**

وأكثر هذه الأشكال حدوثاً هو الشكل المتقرح، وقد لوحظ أن الإصابة بسرطان المعدة أكثر حدوثاً في التهاب المعدة التدرني منه في المعدة الطبيعية في ١٠% من الحالات تقريباً.

العلاج:

يكون العلاج جراحياً عن طريق استئصال القطعة المصابة من المعدة.

تدرن ثؤلولي Warty Lupus:

هو شكل نادر من تدرن الجلد يظهر على شكل ناميات ثؤلولية الشكل تتميز عن الثؤلول العادي بهالة احمرارية محيطية ورطوبة في الجلد، وتقع الإصابة غالباً على الطرفين السفليين وخاصة في الركبتين وظاهر القدم واليدين.

العلاج:

- يتم العلاج الأمثل بدواء الريمفون الذي يعطى للمريض مع فيتامين (D) ويستمر العلاج لفترة طويلة قد تمتد إلى عدة أشهر.
- يعطى المصاب الستربتومايسين والباس والايزونيازيد ولكنهما أقل فعالية.
- تنظيم حمية غذائية للمريض تكون غنية بالفيتامينات والبروتينات والشحوم.
- يجب أن يمارس المريض بعض التمارين الرياضية الخفيفة والمشي في الهواء الطلق والتعرض لأشعة الشمس.

الوقاية:

التداوي الصحيح لمريض التدرن وخاصة حالات التدرن الرئوي وإجراء الفحص الدوري للطلاب في المدارس والجامعات من أجل الكشف عن وجود الحالات المرضية لكي يتم معالجتها في وقت مبكر.

تدرن خنزيري Scrofuloderma:

هو إصابة تحدث للعقد الليمفاوية نتيجة لعدوى من تدرن بدائي موجود في الرئة أو العظام أو الجلد فتتضخم العقد المصابة وتصاب بالتصلب، ثم تلين بعد فترة مديدة وتصبح على شكل ناسور يخرج منه الصديد، وتترك بعد نضوجها ندبات مشوهة، وتقع الإصابة غالباً في الرقبة وتحت الفك السفلي وتحت الإبطين.

تدرن رئوي (السل) Pulmonary Tuberculosis:

هو مرض معدٍ، يصيب الرئتين بصفة رئيسية حيث تظهر الإصابة به بشكل درنات (Nodules) صغيرة من الأنسجة الجامدة التي تظهر في جسم الرئة، وتتكون هذه الدرنات من ملايين الخلايا التي تتجمع حول عصيات التدرن، التي تكون قد

وجدت لنفسها طريقاً إلى داخل الجسم، وتحيط خلايا نسيج الرئة بالبكتيريا بهذه الطريقة لتمنعها من الوصول إلى الأنسجة السليمة، وبذلك توقف من انتشار العدوى.

وقد كان هذا المرض أكثر أسباب الموت في العالم، أما الآن مع تقدم الوسائل الحديثة في الوقاية والتشخيص والعلاج فقد أدى إلى خفض عدد المصابين به بدرجة كبيرة.

العدوى:

يسعل المصابون بالتدرن الرئوي عادة، مما يتسبب عن ذلك انتشار الرذاذ الملوث بعصيات التدرن وتطايره في الهواء، **وكذلك فإن بصاق (Phlegm) المرضى يحتوي أيضاً على هذه البكتيريا، فإذا أخرج المريض بعض هذا البصاق الملوث فإن الجراثيم ستتسرب منه عند جفافه وتتطاير في الهواء، وقد تحدث العدوى لأي شخص يستنشق هذا الهواء الملوث.**

المسببات:

يتسبب المرض عن الإصابة بعصيات التدرن (Tuberculosis Bacillus) وهي نوع من أنواع البكتريا اكتشفها العالم الألماني روبرت كوخ في عام ١٨٨٢ وسميت عصيات التدرن لأن شكلها يشبه العصيات أو القضبان ولأنها تحدث درنات صغيرة تتكون في رئات الأشخاص المصابين بها، وتنتشر هذه العصيات عن طريق العطاس من الإنسان المصاب، أو قد تنتشر عن طريق اللبن من ماشية مصابة بهذا المرض.

أعراض المرض:

١- ارتفاع شديد في درجات الحرارة.

٢- ألم في الصدر.

٣- فقدان الشهية.

٤- التعرق (ليلاً).

٥- الشعور بالتعب.

٦- نقص كبير مفاجئ في الوزن.

٧- حدوث نوبات من السعال الحاد والذي يكون مصحوباً بخروج بصاق دموي، حيث يتكون في الرئة نتيجة الإصابة ما يسمى بالدرنات وهي مناطق متجبنة

تشبه الجبن الطري، وتذوب هذه المادة المتجبنة وتصعد مع الطبقة المخاطية في المسالك التنفسية، ويسعل المريض هذا المخاط والمادة المتجبنة على هيئة بلغم، وأكثر الأعراض المبكرة للتدرن هو السعال والبلغم، ولكن السعال لا يكون عنيفاً في العادة، وغالباً ما تعتبر الأعراض نزلة برد مزمنة على سبيل الخطأ، وقد يوجد في البلغم دم، إذا تلفت الأوعية الدموية، وقد تكون كمية الدم كبيرة في الحالات المتقدمة.

٨- تدمر العصيات جزءاً كبيراً من الرئة في الحالات الشديدة، مما يتسبب عنه حدوث تجويف مميز أو تكهف درني (Tuberculosis Cavity).

٩- وسرعان ما يؤدي التدرن إلى الوفاة.

التشخيص:

كلما كان تشخيص المرض مبكراً كلما كان ذلك أفضل للمريض، ويتم التشخيص من خلال إجراء تصوير الصدر بالأشعة السينية (Chest X-Ray).

الوقاية:

تتم الوقاية من هذا المرض من خلال أخذ التطعيم الخاص الذي يمد الجسم بالمناعة الدائمية ضد الإصابة به.

ويعطى اللقاح ضد التدرن الرئوي (B.C.G.) للأطفال حديثي الولادة (في الأسبوع الأول من العمر) حيث يحقن بجراثيم مضعفة في أعلى الذراع اليسرى فتكسب الجسم المناعة الدائمية ضد هذا المرض.

العلاج:

يؤخذ المريض إلى أحد المصحات (Sanatorium) عندما يتم تشخيص حالة التدرن الرئوي ليتم عزله (Isolation) عن الأصحاء وذلك للتقليل من نشر العدوى، والتأكد من أخذ العلاج بشكل منتظم، ويمكن علاج جميع مرضى التدرن بالعقاقير، فيعطى المريض دواءين أو ثلاثة أدوية من المجاميع الدوائية التالية معاً لأن عصيات الدرن قد تكتسب مقاومة لعقار واحد فقط.:

١- دواء الستربتومايسين (Streptomycin) .

٢- **المضادات الحيوية** (Antibiotics).

٣- **حامض البارا أمينوساليسيليك** (Para Aminosalicylic Acid).

٤- **حامض الأيزونيكوتين هايدرازيد** (Isonicotinic Acid Hydrazide).

ويعتبر عقار أيزونيازيد من أشد العقاقير فاعلية ضد التدرن، وتشمل العقاقير الأخرى ريفامبيسين وايثامبيوتول وبايرازيناميد، ويستمر العلاج غالباً لعدة شهور (تتراوح بين ستة وتسعة أشهر)، **وتعتمد مدته على شدة الإصابة وسرعة تشخيص المرض ووقت بدأ العلاج.**

تساقط الشعر:

يصاب اثنان من كل ثلاثة رجال بنوع أو بآخر من أنواع الصلع في الغالب، ولكن يعاني نسبة أكبر من الرجال والنساء من نوع أو آخر من أنواع تساقط الشعر خلال فترات حياتهم، ويلجأ هؤلاء المصابون (دون معرفة أسباب تساقط الشعر بالضبط) **إلى استخدام العقاقير وأنواع كثيرة من الشامبو، والعلاج الكهربائي، والمراهم وحتى الجراحة أحياناً على أمل تشجيع نمو شعرهم من جديد.**

النمو الطبيعي للشعر:

يبقى شعر فروة الرأس بنسبة ٩٠% في حالة نمو مستمر خلال فترة تتراوح بين سنتين وست سنوات، أما النسبة الباقية وهي ١٠% من شعر فروة الرأس فتبقى في حالة سكون قد تستمر لمدة شهرين إلى ثلاثة أشهر، ولدى اكتمال مرحلة السكون هذه، يبدأ هذا الشعر بالتساقط، ويعتبر تساقط ما يتراوح بين ٥٠ و ١٠٠ شعرة في اليوم ضمن الحدود الطبيعية، **وعند تساقط شعرة واحدة ستحل محلها شعرة أخرى جديدة من نفس بويصلة الشعر الواقعة مباشرة تحت سطح الجلد، علماً بأنه لا تتشكل بويصلات شعرية جديدة خلال فترة حياة الإنسان، وينمو شعر الرأس بمعدل سنتيمتر واحد أو نصف بوصة تقريباً في الشهر الواحد في طول كل شعرة، وتكون كمية الشعر أكبر عادة لدى الشقر (١٤٠,٠٠٠) شعرة في المتوسط، أما السمر فيبلغ معدل عدد الشعر لديهم (١٠٥,٠٠٠) شعرة في المتوسط، يليهم أصحاب الشعر الأحمر (٩٠,٠٠٠) شعرة.**

وتتضاءل نسبة نمو الشعر الجديد عند الإنسان مع مرور الوقت تدريجياً فتتضاءل كمية الشعر في الرأس، **ويتشكل الشعر بصفة أساسية من بروتين (الكريتين) وهي نفس المادة الموجودة في أظافر اليدين والقدمين، ومن الضروري لجميع الناس أن يتناولوا كمية كافية من البروتين للمحافظة على نمو الشعر الطبيعي، ويتوفر البروتين في اللحوم والدجاج والسمك والبيض والحليب والجبن وفول الصويا والحبوب والمكسرات.**

المسببات:

قد يحدث التساقط غير الطبيعي للشعر لأسباب عديدة، **وعلى الذين يلاحظون تضاؤلاً في كثافة الشعر أو تساقطاً شديداً في الشعر عقب تصفيفه أو تمشيطه أن يراجعوا طبيب الأمراض الجلدية لمعرفة السبب الحقيقي، وفيما إذا كانت هناك مشكله تستوجب العلاج الطبي .**

ويقوم الأخصائي في أمراض الجلد بتقييم حالة الشعر لدى المريض فيتحقق من الأطعمة التي يتناولها والعقاقير التي يكون قد تعاطها خلال الشهور الستة السابقة للحالة والتاريخ العائلي بالنسبة لتساقط الشعر، **وفيما إذا كان المريض قد أصيب بأي مرض مؤخراً، كما يسأل أخصائي الجلد المريضة عن دوراتها الشهرية وانتظامها، وعن عدد مرات الحمل والإجهاض وانقطاع الطمث، وبعد أن يقوم بفحص فروة الرأس والشعر، يعمد إلى فحص بعض من الشعر تحت المجهر، وقد تكون هناك حاجة لإجراء بعض الفحوصات المختبرية والتي قد تشمل أحياناً أخذ خزعة من جلد فروة الرأس لفحصها.**

١- الولادة:

يتوقف سقوط الشعر نسبياً لدى المرأة الحامل، ولكن نسبة كبيرة من الشعر تدخل مرحلة السكون بعد الولادة، **وتلاحظ بعض النساء أن كميات كبيرة من الشعر تتساقط لدى تصفيفه وتمشيطه خلال شهرين إلى ثلاثة أشهر عقب الولادة، وتتلاشى هذه الحالة تلقائياً في معظم الأحيان، ولا تشكو جميع الوالدات من هذه الحالة كما أنها قد لا تتكرر لدى كل حمل لديها.**

٢- الحمى الشديدة والالتهابات الحادة والأنفلونزا :

يفاجأ المريض بعد مرور فترة ٦ أسابيع إلى ثلاثة أشهر من إصابته بحمى

شديدة أو بالأنفلونزا بتساقط كمية كبيرة من الشعر، وتزول هذه الحالة تلقائياً أيضا، غير أن بعض حالات الالتهاب البكتيري قد تحتاج للعلاج.

٣- أمراض الغدة الدرقية:

يعرف الإفراز المتزايد من الغدة الدرقية بفرط النشاط الدرقي، بينما تعرف حالة تدني الإفراز الدرقي بنقص النشاط الدرقي، وكل من هاتين الحالتين يمكن أن تسبب تساقطاً في الشعر، ويمكن تشخيص أمراض الغدة الدرقية بالعلامات السريرية والأعراض الأخرى علاوة على الفحوصات المختبرية، علماً بأن تساقط الشعر الناتج عن الأمراض الدرقية يمكن مكافحته بنجاح بتلقي المعالجة المناسبة.

٤- نقص البروتين في الغذاء:

قد يصاب الأشخاص النباتيين الذين يتناولون أغذية خاليا تماما من البروتين، ومرضى القهم العصابي الذين يتناولون كمية ضئيلة من الطعام، بسوء التغذية البروتيني، وعند حدوث هذه الحالة، يحاول الجسم الإبقاء على البروتين بتحويل الشعر النامي إلى مرحلة السكون، لذا فقد يعاني من يتبعون نظاماً غذائياً قاسياً، والنباتيون أو مرضى القهم العصابي من تساقط كثيف في الشعر بعد شهرين إلى ثلاثة شهور من بدء التغيير في نظامهم الغذائي بحيث يصبح الشعر قابلاً للانتزاع من جذوره بسهولة نسبياً، ويمكن منع حدوث هذه الحالة أو علاجها بتناول كمية كافية من المواد البروتينية.

٥- العقاقير:

قد يؤدي تعاطي أنواع من العقاقير إلى الإصابة بتساقط الشعر، إلا أن هذه الحالة قابلة للشفاء ومن تلك العقاقير بعض مضادات التخثر وبعض العقاقير المضادة للنقرس والتهاب المفاصل، أو مضادات الاكتئاب وبعض العقاقير التي تعطى للسيطرة على مشكلات القلب وارتفاع ضغط الدم والجرعات المرتفعة من فيتامين أ، ونسبة قليلة نوعاً ما من المرضى الذين يتناولون تلك العقاقير يصابون بتساقط الشعر، إلا أن حالاتهم قابلة للعلاج.

٦- عقاقير علاج السرطان:

تؤدي بعض أنواع العقاقير المستخدمة في العلاج الكيميائي للسرطان إلى منع تكاثر خلايا الشعر بحيث تصبح الشعرة هشة، وقابلة للسقوط بمجرد بروزها من فروة

الرأس. **وقد تحدث هذه الظاهرة بعد أسبوع واحد إلى ثلاثة أسابيع من بدء علاج السرطان، وقد يفقد المريض حوالي ٩٠% من شعر فروة الرأس، وعند اكتمال العلاج ينمو الشعر من جديد لدى غالبية المرضى، ويتم تشجيع مثل هؤلاء المرضى وخاصة النساء على الاستعداد للأمر قبل بدء العلاج.**

٧- أقراص منع الحمل:

تحتوي الأقراص المانعة للحمل على مادتين هما الاستروجين والبروجستين الاصطناعيين، **والنساء اللاتي يصبن بتساقط الشعر وهن يتلقين أقراص منع الحمل هن في الغالب النساء المعرضات للإصابة بتساقط الشعر لأسباب وراثية، وقد تحدث هذه الحالة في وقت مبكر نتيجة لتأثيرات الهرمونات شبه الذكورية لمركبات البروجستين التي تحتوي عليها هذه الأقراص، وفي حالة حدوث هذه الحالة ينبغي على المرأة استشارة طبيبها لكي يضعها على نوع آخر من أقراص منع الحمل.**

ولدى توقف المرأة عن استخدام أقراص منع الحمل عن طريق الفم، **قد تلاحظ أن شعرها يبدأ في التساقط بعد شهرين إلى ثلاثة أشهر من ذلك، وهذا التساقط قد يستمر لمدة ستة أشهر ثم يتوقف، وتعود الأمور إلى طبيعتها.**

٨- انخفاض الحديد في المصل:

إن النساء اللاتي يعانين من الطمث الشديد يفقدن كمية كبيرة من الحديد مما يؤدي أحياناً إلى تساقط الشعر، **ويمكن تحري نقص الحديد بالفحوصات المختبرية، كما يمكن علاج هذه الحالة بتناول أقراص الحديد.**

٩- الخضوع لجراحات كبيرة أو الإصابات بأمراض شديدة مزمنة:

يصاب المرضى الذين تجرى لهم عمليات جراحية رئيسية بتساقط الشعر في كثير من الأحيان، **لان مثل هذه الجراحة قد تعرض الأجهزة الحيوية للجسم لصدمة لا يستهان بها، وقد يحث تساقط الشعر خلال شهرين أو ثلاثة أشهر من تاريخ العملية، إلا أن الحالة تعود إلى وضعها الطبيعي خلال بضعة أشهر، كما يصاب المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة الشديدة بتساقط الشعر ماداموا يعانون من تلك الأمراض.**

١٠- الإصابة بداء الثعلبة:

يتساقط الشعر في حالة الإصابة بداء الثعلبة حيث تكون الإصابة على شكل بقع خالية تماماً من الشعر، **وعلى هيئة لطخات دائرية في حجم العملة المعدنية أو أكبر من ذلك، وقد يؤدي هذا الداء إلى تساقط تام لشعر فروة الرأس وتساقط جزئي أو كامل لشعر أجزاء الجسم، وقد يصيب هذا الداء الرجال والنساء في أي مرحلة من مراحل العمر.**

إن أسباب الإصابة بهذا الداء غير معروفة، على الرغم من أن الأشخاص الذين يصابون بهذه الحالة يكونون في حالة جسدية وصحية ممتازة باستثناء معاناتهم من تساقط الشعر، **ويمكن لأخصائي الأمراض الجلدية علاج بعض هذه الحالات، فقد ينمو الشعر مجدداً وبشكل تلقائي في بعض الأحيان.**

١١- تساقط الشعر الوراثي أو الصلع:

إن الصلع الذي يصاب به الذكور عادة، أو الصلع الوراثي هي الأسباب الأكثر شيوعاً لحالات تساقط الشعر، والنساء اللاتي يصبن بهذا الداء الوراثي يشكين من تضاؤل كمية الشعر، ولا يصبن بالصلع الكامل، وتعرف هذه الحالة طبياً بـ(الخاصة الذكارية) **وتبدأ في فترة المراهقة وفي العشرينات أو الثلاثينات من العمر.**

وهناك عدة طرق لعلاج هذا النوع من تساقط الشعر (الوراثي) وتعتمد الطرق العلاجية على عمر المريض ودرجة تساقط الشعر، **ويعتبر عقار المينوكسيديل الذي طرح في الأسواق العالمية في أوائل الثمانينات الميلادية في أوائل نتائج الأبحاث التي أعطت نتائج مشجعة في حوالي ٦٠% ممن استخدم هذا العقار ويستخدم للرجال والنساء، وفي السنوات الأخيرة ومع تواصل الأبحاث اكتشف علاج جديد يعطى عن طريق الفم هو** (فنيستراد) **ويجب أخذه تحت إشراف طبي ويعطى للرجال فقط، وكذلك تطورت زراعة الشعر في السنوات الأخيرة، وتتم عن طريق غرس بصيلات الشعر في المناطق الخالية من الشعر.**

١٢- إصابة فروة الرأس بالقوباء الخلقية:

تحدث التهابات فطرية قوبائية، تبدأ على شكل لطخات صغيرة في فروة الرأس ثم تنتشر مسببة تساقطاً في الشعر، وهذا الداء معدٍ ويصيب الأطفال في أغلب الأحيان.

١٣- استعمال مواد التجميل والمواد غير المناسبة للشعر:

يستخدم الكثير من الرجال والنساء علاجات كيميائية للشعر مثل الأصباغ والمواد الملونة والمبيضة ومواد تمليس الشعر أو تجعيده، والمعالجة بالمواد الكيميائية لا تلحق الضرر بالشعر إلا في حالات نادرة، إذا استخدمت بالطريقة الصحيحة، ولكنها تؤثر على الشعر حيث يصبح ضعيفاً وعرضة للتساقط إذا ما تكرر استخدامها بصورة مبالغ فيها، أو إذا ما ظل المحلول على الرأس لمدة أطول مما مسموح بها، أو إذا ما تم استعمال مبيض لشعر تم تبييضه مسبقاً، فإذا أصبح الشعر ضعيفاً جداً وهشاً بسبب فرط تعرضه للعلاجات الكيميائية، يكون من الأفضل الإحجام عن استخدام هذه المواد لبعض الوقت حتى ينمو الشعر بصورة طبيعية.

إن غسل الشعر بالشامبو، وتصفيفه وتفريشه هي أمور ضرورية للعناية بفروة الرأس، ولكن الإفراط في ذلك أو ممارسته بطريقة خاطئة يلحق الضرر بالشعر، ويجعله عرضة للتساقط أو التشقق، ويمكن شطف الشعر بالمواد المرطبة بعد غسله بالشامبو لتسهيل تمشيطه وتسريحه، وينبغي تنشيف الماء الزائد بضغط المنشفة على الرأس دون أن يفرك الشعر بقوة، لأن الشعر يكون أكثر هشاشة حين يكون مبتلاً، وينبغي عدم اللجوء إلى التمشيط والتفريش العنيف، ومن الأمور التي تساعد على عدم تساقط الشعر استخدام أمشاط ذات أسنان متباعدة وفرشاة ذات أطراف ناعمة.

تسمم الحمل:

هي حالة قد تصيب المرأة الحامل والتي تكون في عمر أقل من عشرين عاماً وأكثر من ثلاثين عاماً، ويحدث بعد الأسبوع العشرين من الحمل.

المسببات:

ما تزال أسباب هذه الحالة غير واضحة، ولكن تشير بعض الفرضيات إلى وجود إنزيمات تفرز من قبل المشيمة في الحمل الطبيعي تقضي على المواد القابضة للأوعية الدموية، وفي حالة الإصابة بتسمم الحمل تنقص هذه الإنزيمات فتزداد المواد القابضة للأوعية مما يؤدي إلى وصول الدم بنسبة أقل إلى الجنين فيقل نموه ويرتفع ضغط الدم، كما يقل وصول الدم إلى الكليتين، وهناك احتمال أن تصاب المرأة الحامل بهذه الحالة بنسبة أكبر إذا كان في عائلتها من أصيبت بها.

أعراض المرض:

- ارتفاع ضغط الدم.
- ارتفاع نسبة الزلال في البول.
- تورم الوجه والأطراف وخاصة الأطراف السفلى.

العلاج:

تكمن الوقاية والعلاج من تسمم الحمل بالمتابعة المستمرة للحمل والتشخيص المبكر للمرض والتقليل من نسبة الأملاح في الطعام لحين انتهاء فترة الحمل.

تسمم الطعام Food Poisoning:

هو عبارة عن مجموعة أعراض قد يتعرض إليها الكثير من الأشخاص في الكثير من البلدان.

المسببات:

تنتج هذه الحالة عن تناول أغذية ملوثة بالبكتيريا أو السموم التي تنتجها هذه الكائنات، **كما ينتج التسمم الغذائي عن تناول الأغذية الملوثة بأنواع مختلفة من الفايروسات والطفيليات ومواد كيماوية سامة مثل التسمم الناتج عن تناول الفطر، وذلك يرجع جزئياً إلى الفرص العديدة لتلوث الطعام المسبوق طهيه** -والتي يكثر استعمالها في المطاعم- **بواسطة الجراثيم في الوقت المحصور بين وقت إعدادها ووقت استهلاكها.**

الأنواع:

هناك نوعان من تسمم الطعام:

١- النوع الأول: ويدعى النوع التسممي (Toxin Type).

أعراض هذا النوع من تسمم الطعام هي:

- **شعور المصاب بمرض وإعياء شديدين.**
- **التقيؤ** (Vomiting).
- **الإسهال** (Diarrhea).
- **ضعف وانهيار المصاب بعد فترة قليلة من تناول الأطعمة الملوثة.**

المسببات:

إن سبب هذه الأعراض هي حصول تسمم للشخص بسموم (Toxins) أنتجتها البكتيريا المتكاثرة في الطعام الملوث بها قبل تقديمه، ويحدث التسمم عادة خلال ٢٤ ساعة من تناول الطعام الملوث.

٢- النوع الثاني: وهو النوع المعدي (Infective Type).

أعراض المرض:

نادراً ما تظهر أعراض هذا النوع من التسمم قبل مرور ٢٤ ساعة من أكل الطعام الملوث، وتكون أعراضه شبيهة بتلك الأعراض التي نلاحظها في النوع التسممي ولكنها تكون نتيجة لتكاثر البكتيريا المسببة له داخل أمعاء الإنسان المصاب ويمكن الشفاء الكامل منه ولكنه قد يستغرق أسبوعاً.

ويشكل التسمم الغذائي الناتج عن البكتيريا السبب الرئيسي في أكثر من ٨٠% من حالات التسمم الغذائي، وقد حصر العلماء أنواع البكتيريا الرئيسية المسببة للتسمم الغذائي باثني عشر نوعاً وهي:

١- كلوسيريديم بيرفرنجنز Clostiridium perfringins.

٢- ستافلو اوريوس Staph Aureus.

٣- فصائل فايبرو V.Parahaemolylicus:Vibio Species :V.Cholorae.

٤- بيسيليس سيريس Cereus Bacillus.

٥- سالمونيلا Salmonella.

٦- كلوستريديوم باتيولينيوم Clostridium Batulinum.

٧- شيكيلا Shigella.

٨- إي كولاي Toxiginic E.coli.

٩- كامبيلوكابتر Campylobacter.

١٠- يرسينير Yersinier.

١١- ليستيريا Listeria.

١٢- ايرومونوس Aeromonas.

ويعتبر التسمم الغذائي الناتج عن السالمونيلا أشهر هذه الأنواع وفي بعض الدراسات يشكل ٥٠ % من حالات التسمم الغذائي البكتيري، فالسالمونيلا تشكل مجموعة كبيرة من البكتيريا تقدر بـــ ٢٠٠٠ صنف، ومن الممكن اكتشاف هذه البكتيريا في مياه الصرف الصحي، ومياه الأنهار، ومياه البحار وأنواع مختلفة من البكتيريا.

العدوى:

تنتقل هذه الأنواع من البكتيريا في الطبيعة عن طريق الحشرات والأغذية الملوثة، والبراز، وقد أثبتت إحدى الدراسات العلمية وبعد البحث في ٥٠٠ انتشار وبائي للتسمم الغذائي وعلى مدى عشر سنوات أن ٥٠ % من الحالات انتقل التسمم البكتيري فيها عن طريق الدواجن والبيض واللحوم والحليب ومشتقاته، وتتوطن السالمونيلا في الحيوانات المنزلية مثل الدجاج والبط وتنتقل عمودياً إلى البيض، وكذلك تتوطن في الأبقار وبقية الحيوانات المنزلية ومن الممكن أن تتعايش السالمونيلا مع الحيوانات فلا يحدث مرض واضح عليها، أما بالنسبة للحوم المصنعة فقد توجد السالمونيلا في كثير منها والتي لم يتم حفظها بطريقة سليمة، أو تم تحضيرها بطريقة غير صحيحة أو تم توزيعها بطريقة سريعة، أو تم استهلاكها بعد فترات طويلة.

الأعراض الناتجة عن السالمونيلا:

تقسم الأعراض الناتجة عن التسمم الغذائي الناتج عن السالمونيلا إلى خمسة أعراض رئيسية وهي:

١- النزلات المعوية الحادة: وتحدث في ٧٥ % من الحالات، وتظهر بعد تناول الطعام الملوث، وتستغرق فترة حضانة المرض من (٦ – ٤٨) ساعة، ومن الممكن أن تمتد إلى ١٢ يوماً، ويبدأ المرض عادة بالغثيان والتقيؤ يتبعه آلام في البطن والإسهال، وتستمر هذه الأعراض عادة من ثلاثة إلى أربعة أيام، وتكون مصحوبة في بعض الأحيان بارتفاع في درجة الحرارة في ٥٠ % من المرضى مع آلام في البطن في المنطقة المحيطة بالسرة ومنها تنتقل إلى المنطقة السفلى اليمنى من البطن، أما الإسهال فيكون من ثلاثة إلى أربعة مرات يومياً أو يكون إسهال شديد ودموي مصحوباً بمخاط صديدي إلى إسهال شديد شبيه بالكوليرا.

وقد يحدث التهاب شديد في القولون فتمتد فترة المرض إلى عشرة أو خمسة عشر يوماً، ويكون البراز دموياً وقد تستمر هذه الحالة المرضية إلى شهرين أو ثلاثة شهور ولكن المتوسط هو ثلاثة أسابيع.

٢- ظهور البكتيريا في الدم وبدون أعراض أخرى في ١٠ % من الحالات.

٣- حمى التيفوئيد وهي تختص بأنواع معينة من السالمونيلا.

٤- التهابات محدودة في العظام والمفاصل والأغشية الدماغية في ٥ % من الحالات.

٥- شخص حامل للسالمونيلا وبدون أي أعراض جانبية وفي هذه الحالات تكون السالمونيلا متوطنة في المرارة الصفراوية.

إن ارتفاع درجة الحرارة يدل على أن البكتيريا قد وصلت إلى مجرى الدم وهذا تطور مهم ويجب عدم إهماله، **حيث أن السالمونيلا يمكنها أن تستوطن الأغشية الدماغية أو الصمامات القلبية أو العظام أو المفاصل، أما إذا استمر تواجد السالمونيلا في البراز ولمدة تزيد عن السنة فيكون المريض في هذه الحالة قد أصبح حاملاً مزمناً للسالمونيلا وتقدر هذه النسبة بـ (٢-٦) في كل ألف مريض ويكون الأطفال وكبار السن أكثر عرضة للإصابة بهذه الحالة، كما توجد بعض الأمراض المختلفة والتي يكون المرضى فيها أكثر عرضة لهذا الالتهاب البكتيري منها أمراض تكسر الدم والأورام السرطانية ومرض هبوط المناعة المكتسب والتهابات القولون المناعية.**

الوقاية:

إن حالات تسمم الطعام منتشرة جداً لدرجة اعتباره مرضاً واسع الانتشار ويصيب شرائح مختلفة من المجتمع، **وخصوصاً الطبقات الكادحة الذين تضطرهم ظروف عملهم إلى تناول طعامهم خارج منازلهم.**

ولا تستطيع الدول القضاء على هذه المشكلة كلياً عن طريق سن القوانين، **ومراقبة أماكن تحضير الأطعمة، والفحص الدوري للأشخاص المعنيين بتحضير الطعام، كما إن حجم المشكلة يتناسب عكسياً مع وضع الدولة من الناحية الاقتصادية والثقافية وكذلك درجة التعليم لدى العاملين في محلات إعداد الطعام، ولدى الجمهور المستهلك لهذه الأطعمة، لذلك يلاحظ إن حالات التسمم الغذائي بشكل عام محدودة في الدول المتقدمة، ومنتشرة في الدول الفقيرة.**

ويمكن الحد من حدوث حالات التسمم بالطعام أو منع حدوثه من خلال تحسين مستويات النظافة الصحية في المنازل والمطاعم وأماكن الأكل العامة، ونظافة الأطعمة والتخلص من الأطعمة الباقية، وعدم تأخير استعمال الطعام بعد طهيه مدة طويلة، ويتوجب على محال إعداد الطعام القدر الأكبر من المسؤولية تجاه المستهلك عن طريق شراء اللحوم من أماكن معتمدة وذات خبرة في حفظ الأطعمة، كما يتوجب على هذه المحلات توفير المعدات اللازمة لحفظ اللحوم خاصة والأنواع الأخرى من الأطعمة بشكل عام، حتى يمنع تكاثر البكتيريا والتي غالباً ما تحتاج إلى درجات حرارة معتدلة للنمو، وكذلك الاهتمام بأماكن التحضير من ناحية الصرف الصحي، والاهتمام بالعاملين من الناحية التثقيفية بخصوص التسمم الغذائي والنظافة البدنية وغسل اليدين جيداً بعد قضاء الحاجة وإبعاد المرضى منهم عن عملية التحضير وخاصة أولئك الذين يشتكون من النزلات المعوية، وعدم ترك الأطعمة مكشوفة أو معرضة للحشرات أو الجو الحار لفترات طويلة، واستعمال القفازات عند لمس الأطعمة وكذلك التخلص من الأطعمة القديمة بشكل يومي وعدم خلط الأطعمة القديمة مع الطازجة وخاصة تلك التي تغير لونها أو طعمها أو رائحتها والإحساس بالمسؤولية تجاه المستهلك.

العلاج:

يكون العلاج حسب نوع الإصابة إذا كانت بكتيرية أو طفيلية فيعطى المريض دواء مضاد للبكتريا مثل ميترونيدازول Metronidazole أو مضاداً حيوياً بعد استشارة الطبيب، وتحديد نوع الجراثيم المسببة، كما يعطى المريض بودرة فقد السوائل وكثيرا من الماء المقطر، ويستحسن عدم تناول طعام لمدة ٢٤ ساعة ما عدا السوائل.

تسمم دموي Septicemia:

حالات مرضية خطيرة، يطلق على قسم منها التسمم الدموي البكتيري.

المسببات:

ينتج عن وصول أحد أنواع البكتيرية المرضية، كالمكورات العنقودية والسبحية، إلى الدورة الدموية فيها.

وتصل البكتيرية المسببة إلى الدم من خلال جروح صغيرة أو كبيرة أهمل

تطهيرها، أو التهابات بسيطة أهمل علاجها.

أعراض المرض:

- **رعشة مفاجئة.**
- **ارتفاع كبير في درجة حرارة الجسم.**
- **هبوط وضعف عام.**
- **قد تستقر البكتيرية في أعضاء الجسم المختلفة في أثناء سريانها من الدم فتحدث تقيحات موضعية متعددة.**

وفي بعض الأمراض كالتيفوئيد والالتهاب الرئوي، الحمى القرمزية، والطاعون، يكون التسمم الدموي البكتيري أحد أطوار المرض.

والقسم الآخر من تلك الحالات المرضية الخطيرة يطلق عليه: التسمم الدموي التوكسيني، وينتج عن سريان التوكسين وهو إفراز أنواع البكتيريا المرضية في الدم، بينما تبقى هي مستقرة في الجسم كما في أمراض الدفتيريا والكزاز.

العلاج:

يستوجب علاج هذه الحالات القضاء على البكتيريا المسببة تبعاً لنوعها، باستعمال المضادات الحيوية المناسبة، أو معادلة التوكسين الموجود بحقن الأنتي توكسين anti toxins **النوعي له.**

تسمم ذاتي Auto Poisoning:

حالة يحدث فيها امتصاص من الأمعاء لسموم تفرزها بعض الميكروبات المحللة للزلال، **التي تعيش في داخلها على فضلات الغذاء المهضوم، وقد تسبب انحراف الصحة حيث يشكو المرء من قلة النشاط وسرعة التعب والصداع والآلام المختلفة.**

وقد يتخلص من هذه الحالة بتنظيم الغذاء، ويشتهر اللبن الزبادي والبكتيريا التي توجد فيه بنفعهما في هذا الشأن.

تشحم الكبد Fatty Lever:

يبلغ مقدار الشحوم في الكبد في الحالات الطبيعية ٣,٥% تقريباً وهي لا ترى بواسطة المجهر الضوئي إلا أنها متى بلغت نسبتها ١٠% فإن القطرات الشحمية تصبح

مرئية وتسمى هذه الحالة تشحم الكبد.

المسببات:

١- الإصابة بأمراض الغدد الصماء وأهمها:

- مرض السكر: حيث وجد أن الإصابة بتشحم الكبد تحدث لدى ٤٧% من مرضى السكر وليس هناك صلة بين شدة مرض السكر وتشحم الكبد وقد يتطور هذا التشحم إلى تشمع الكبد.
- البدانة: يبدو فيها تشحم الكبد على شكل تراكم الشحم في الخلايا الكبدية دون أي إصابة خلوية ولا يتطور التشحم في هذه الحالة إلى تشمع.

٢- العوامل الغذائية: ينتج عن تناول سعرات حرارية عالية مع نقص المواد البروتينية.

٣- الإصابة بالالتهابات أهمها التهاب الكبد.

٤- العوامل السُمية أهمها التسمم الكحولي: يحدث نتيجة لنقص في السعرات الحرارية ذي المنشأ البروتيني وتكون أعراضه هي:

- النحول واليرقان.
- ظهور الوذمات.
- تضخم الطحال.
- التهاب الأعصاب في الأطراف السفلية.
- حدوث نزف جلدي- مخاطي.
- الشعور بالدوار.
- ألم في الجهة اليمنى من البطن.
- اضطرابات نفسية.
- غثيان وتقيؤ.
- هذيان.

أعراض المرض:

لا توجد أعراض سريرية خاصة بهذا المرض ولكنه يكتشف بالصدفة وتكون

شكوى المريض عادة من أعراض المرض المسبب له وأكثر الأعراض ظهوراً هي:

- تضخم الكبد الذي يشاهد في ٨٠% من الحالات.
- أعراض يرقان دون أن ظهور أي أثر للتليف في الكبد.
- الشعور بألم في الجهة اليمنى من البطن.
- غثيان وتقيؤ.

التشخيص:

أ- إجراء الفحص السريري للمريض.

ب- إجراء اختبارات لوظائف الكبد.

ج- إجراء الفحوصات المختبرية للدم حيث يلاحظ:

- نقص الألبومين في مصل الدم.
- نقص في كريات الدم الحمراء.
- ازدياد البيليروبين المباشر في الدم.
- ازدياد الكوليسترول.

أما في حالة تشحم الكبد الناتج عن عوامل التغذية فتكون معظم الاختبارات سلبية، ولا يتأكد التشخيص النهائي إلا بعد إجراء الفحص النسيجي للخزعة الكبدية.

العلاج:

يجب معالجة المرض المسبب وإيقاف العوامل السامة والامتناع عن تناول الكحول، وإذا كان هناك تلف في الكبد فيجب اتباع الحمية الغذائية ويعطى المريض الكولين بمقدار (٣-٦غم) يومياً والميتيونين ٤غم يومياً.

تشمع الكبد Liver Cirrhosis:

هي تحطم الخلايا الكبدية النبيلة وظهور تجمعات خلوية جديدة غير فعالة (ليفية) تسمى عقيدات التجمع.

المسببات:

١- الإدمان الكحولي.

٢- التهاب الكبد الفايروسي من نوع الفايروس (B).

٣- انسداد القناة الجامعة الكبدية بسبب وجود ورم أو حصاة.

٤- التأثيرات الجانبية للأدوية.

أعراض المرض:

١- اليرقان.

٢- انتفاخ البطن نتيجة تجمع السوائل فيها.

٣- الإصابة بدوالي المريء.

٤- اضطراب وظائف الكبد.

٥- تضخم الكبد.

٦- إصابات الدماغ.

المضاعفات:

١- ارتفاع الضغط في الوريد البابي.

٢- فشل وقصور الكبد.

٣- سرطان الكبد (Liver Carcinoma).

تشنج الحجاب الحاجز (الفواق) Diaphragm Spasm:

هو تشنج لا إرادي يحدث في عضلة الحجاب الحاجز يرافقه انسداد فجائي في المزمار وغالباً ما تتكرر هذه الحالة، ويحدث نتيجة للإسراع في الطعام ويدوم لبضع دقائق ثم يهدأ بصورة عفوية. وقد تستمر هذه الحالة نتيجة لوجود عدة أسباب ما يزال بعضها غير معروفاً إلى اليوم.

ويقع مركز المنعكس في القسم العلوي للنخاع الرقبي حيث تنتقل المنبهات بالرئوي المعدي وبالحزم الحسية من عصب الحجاب الحاجز.

المسببات:

١- تخرش المعدة والتهابها وتوسعها.

٢- تخرش الأمعاء وغشاء البروتون.

٣- الإصابة بالتهاب غشاء التامور والحجاب الحاجز والغشاء البلوري (الجنب).

٤- يحدث في بعض حالات الإصابة بأمراض الجملة العصبية المركزية وخاصة التهاب الدماغ.

٥- الاضطرابات النفسية.

٦- يحدث بعد العمليات الجراحية وخاصة العمليات المقامة في منطقة الصدر والبطن والحوض.

العلاج:

في الحالات البسيطة يكفي أحياناً إيقاف التنفس لمدة قصيرة أو تناول جرعة من الماء بشكل متواصل ليزول الفواق أو بالضغط على عصب الحجاب الحاجز عند مسيره في العنق.

تشنجات حرارية Febrile Convulsions:

وهي أكثر أنواع التشنجات شيوعاً بين الأطفال الصغار، وقد عرفت هذه الحالة منذ زمن أبقراط، ولكن تم فصله حديثاً وتمييزه عن غيره من التشنجات غير الحرارية مثل الصرع.

ويعرف المرض بشكل عام بحدوث تشنجات لأطفال صغار سليمين من الناحية العصبية، تحدث نتيجة ارتفاع درجة حرارة الطفل الناتجة عن التهابات خارج الجهاز العصبي، وتحدث هذه التشنجات بنسبة ٢ - ٤ % بين الأطفال من عمر ٦ شهور إلى ٥ سنوات وهو السن الذي تحدث فيه الحالة، ويتساوى الأطفال الذكور والإناث بنسبة الإصابة به، وهناك علاقة وراثية بين التشنجات وحدوثها بين الأطفال.

أعراض المرض:

١- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٢- حدوث تشنجات انقباضية وانبساطية عامة للجسم.

٣- لا تزيد مدة التشنجات عن ١٥ دقيقة.

٤- لا تتكرر التشنجات خلال ٢٤ ساعة.

٥- التشنجات غير مصحوبة بأعراض عصبية.

التشخيص:

يشخص المرض عن طريق دراسة التاريخ المرضي للحالة كالأعراض المصاحبة لحدوث المرض، **ويفضل أخذ التاريخ المرضي من الشاهد على التشنجات عند حدوثها، ويجب فحص الطفل فحصاً دقيقاً للتأكد من التشخيص وكشف سبب ارتفاع درجة الحرارة والتي عادةً ما تكون أسبابه بسيطة.**

وتعتمد نسبة تكرار التشنجات الحرارية على سن الطفل وقت حدوث التشنجات الحرارية لأول مرة فالطفل كل ما كان صغيراً كانت نسبة التكرار أعلى وكل ما كان الطفل أكبر كان التكرار أقل.

والمعروف عن التشنجات الحرارية أنها لا تصاحب الطفل مدى الحياة، **بل ينمو الطفل نمواً طبيعياً من الناحية البدنية والعقلية، وتختفي هذه التشنجات على الأغلب عندما يكبر الطفل** (يبلغ السادسة من العمر تقريباً).

العلاج:

١- أثناء حدوث التشنجات: خفض درجة حرارة الطفل بالأدوية المخفضة للحرارة (التحاميل)، **وإيقاف التشنجات بالأدوية إن توفرت** (حقنة الفاليوم الشرجية).

٢- المتابعة والملاحظة: إذا كان حدوث التشنجات لأول مرة يجب تحويل الطفل لطبيب اختصاصي بأمراض الأطفال، أما إذا كان حدوثه بعد التشخيص والتكرار، فيعالج الطفل من السبب الذي أدى إلى ارتفاع الحرارة، والعمل على خفض درجة الحرارة عند بدء ارتفاعها لأي سبب كان لإيقاف التشنجات، كما أن المتابعة في المنزل واجبة، خصوصاً عند تعرض الطفل لارتفاع درجة الحرارة.

تصلب الجلد Scleroderma:

هي حالة تصيب الجلد وتنقسم إلى:

أ- التصلب الموضعي(Localized Scleroderma):

وهذا النوع لا يصيب إلا الجلد ويشمل:

- **القشيعة (المورفيا): هو عبارة عن مرض جلدي يؤدي غالباً إلى تصلب لويحة واحدة أو أكثر ونادراً ما تكون منتشرة.**

- **التصلب الشريطي: هو صلابة موضعية متصلبة في الجلد يمكن أن تصيب أيضاً العضلات والعظام تحته.**

ب- التصلب المجموعي (الجهازي): في هذا النوع تتجاوز الإصابة الجلد إلى الأحشاء الداخلية.

أ- التصلب الموضعي Localized Scleroderma:

المسببات:

إن أسباب المؤدية إلى التصلب الموضعي غير معروفة إلى اليوم وقد تكون ناجمة عن عوامل مفترضة منها:

- الإصابة بالرض.

أما في التصلب الشريطي فيفترض وجود:

- الأسباب العصبية.
- الأسباب الوعائية الدموية.
- الحميات الراشحة (الفايروسات).
- الاضطرابات الهرمونية.
- أسباب المناعة الذاتية.

١- القشيعة (المورفيا) Morphea:

تبدأ هذه الإصابة على شكل سطوح بيضوية حمامية متوذمة قليلاً واضحة الحدود وصلبة، يأخذ مركزها لوناً عاجياً بينما يميل المحيط إلى اللون البنفسجي الغامق، وتبلغ أقطارها من ١سم إلى عدة سنتيمترات وقد تكون وحيدة أو متعددة، ويزول الشعر في مكان الإصابة عادة نتيجة الضمور وكذلك ينعدم التعرق في تلك المنطقة.

٢- التصلب الجلدي الشريطي:

تأخذ هذه الإصابة شكلاً شريطياً، وتظهر في الأطراف في الغالب وتكون الإصابة وحيدة أو ثنائية، وقد تتعدى الجلد في بعض الأحيان لتصل إلى العضلات والعظام.

وتأخذ أحياناً شكلاً ندبياً على مقدمة فروة الرأس (علامة ضربة السيف) وتترافق بحدوث حاصة ندبية، وقد تمتد الإصابة إلى منطقة الخدين وحتى الساقين أحياناً، وهي تصيب الأشخاص حتى سن العشرين.

وتترافق التصلبات الموضعية أحياناً مع أعراض عامة منها:

- الصداع.
- آلام في البطن.
- ظهور عيوب في الأضلاع والفقرات.

سير المرض:

تتراجع التصلبات الموضعية بشكل عفوي وذلك بعد مرور عدة أشهر أو سنوات وتترك في مكانها بقعاً ناقصة أو مفرطة الصباغ وضمور موضعي.

أما التصلبات الشريطية فيمكن أن تؤدي إلى تشوهات في الأوتار وقد يحتاج لعمل جراحي لإصلاح هذه العيوب، ويندر جداً تحول التصلب الموضعي إلى تصلب مجموعي.

العلاج:

بما أن المرض يسير نحو التراجع العفوي والاختفاء التدريجي فليس هناك علاج محدد لهذه الحالة، وقد تستخدم في بعض الأحيان مراهم الستيروئيدات بالإضافة إلى إجراء عملية الإصلاح الجراحي لبعض العيوب في التصلب الشريطي.

ب- التصلب المجموعي (الجهازي):

ويعرف أيضاً بالتصلب المنتشر أو المترقي ويصيب النساء غالباً في مرحلة منتصف العمر، ويبدأ بحدوث ظاهرة رينو ثم تظهر التصلبات الجلدية والإصابة الوعائية الجهازية.

المسببات:

ما تزال الأسباب المرضية مجهولة وهناك عدة نظريات منها:

- أسباب وعائية دموية: بسبب وجود ظاهرة رينو وإصابة الشرينات الصغيرة.
- أسباب المناعة الذاتية: يترافق التصلب مع بعض أمراض المناعة الذاتية الأخرى.

أعراض المرض:

١ - الإصابة بظاهرة رينو.

٢ - انتفاخ أصابع اليدين والمفاصل.

٣ - ظهور التغيرات التصلبية.

٤ - فقدان الوزن.

٥ - ضيق التنفس.

٦ - عسر البلع.

٧ - حدوث اضطرابات جهازية أخرى مختلفة.

٨ - تقرح نهايات الأصابع وقد يؤدي ذلك إلى زوال السلاميات الانتهائية.

٩ - تحدد حركة مفاصل اليدين والأصابع حيث يصبح الجلد ملتصقاً على النسيج الذي تحته.

١٠ - يصغر الفم وتظهر على الشفتين خطوط شعاعية ويصعب ثني جلد الوجه وتتحدد تعابير الوجه ويصبح الأنف شبيهاً بالمنقار.

١١ - ظهور توسعات وعائية دموية على اليدين والوجه.

الإصابات الجهازية في التصلب المجموعي:

١ - إصابات الجهاز الحركي وتشمل:

- ضعف عضلي.
- لتهاب مفاصل عديد.
- زيادة تجمع الكلس في العظام.

٢ -إصابات الجهاز الهضمي وتشمل:

- تضخم اللسان.
- إصابة المريء (تضيقه).
- عسر البلع.
- الإسهال.
- آلام في البطن .
- اضطرابات المعدة والأمعاء.

٣- إصابات الجهاز التنفسي وتشمل:

- تليف الرئتين.
- اضطراب في وظائف الرئتين.

٤- إصابات جهاز الدوران وتشمل:

- اضطرابات قلبية وتحدث في ٤٠% من الحالات.

٥- إصابات الجهاز العصبي المركزي: نادراً ما يصاب هذا الجهاز.

٦- الكليتان: نادراً ما تصاب.

التشخيص:

لا توجد هناك فحوصات مختبرية نوعية تظهر الإصابة، ولكن تظهر نتائج التحاليل المختبرية إيجابية العامل الرثوي وإيجابية الأضداد المضادة للنوى فقط.

سير المرض:

يختلف سير المرض حسب الأجهزة المصابة، ويكون السير إما حاداً أو مزمناً.

العلاج:

لا يوجد علاج نوعي لهذه الحالة، ويستخدم دواء البنسلامين والكولشيسين والموسعات الوعائية والمعالجة الفيزيائية، بالإضافة إلى معالجة الأعراض والإصابات الداخلية حسب نوعها.

تصلب الشرايين Atherosclerosis:

هي حالة مرضية تصيب الشرايين خاصة في أماكن التفرعات الشريانية وخصوصاً الشرايين ذات القطر الكبير وتؤدي إلى حدوث تغيرات في صفات الشريان الفيزيائية، حيث تفقد الشرايين ليونتها ومرونتها.

وتكثر الإصابة بتصلب الشرايين في البلدان المتقدمة بينما تقل الإصابة في المناطق الريفية، **ويصاب الرجال بتصلب الشرايين أكثر من النساء قبل سن اليأس حيث** تكون النسبة ١٠:١ **بينما تتساوى فرص إصابة النساء بتصلب الشرايين بنفس النسبة تقريباً بعد سن اليأس، كما تزداد الإصابة مع تقدم العمر وخصوصاً بعد سن الخامسة والخمسين.**

وتكون بعض شرايين الجسم معرضة للإصابة بتصلب الشرايين أكثر من غيرها وأهم هذه الشرايين هي:

- **الشرايين التاجية.**
- **الشرايين المخية.**
- **شرايين الأطراف السفلى** (الساقين).

المسببات:

١- عوامل أساسية:

أ- **زيادة معدل الكوليسترول في الدم: حيث يترسب على الجدران الداخلية للشرايين بشكل طبقات دهنية من الكوليسترول وهذا الترسب الداخلي يسبب فقدان الشريان لمرونته، وحيث إن طبيعة الشرايين مرنة وذات مطاطية أي إنها تتضيق وتتوسع حسب كمية الدم المارة بها فالتصلب يفقد الشرايين لهذه الخاصية، ويضيق ممر الدماء فيه، لذلك تصبح الشرايين متصلبة وغير مرنة ومع ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم ولفترات طويلة فإن كمية الترسب تزداد في جدران الشرايين.** وللكوليسترول أهمية كبيرة في العديد من وظائف الجسم الحيوية، أهمها إنه يعمل كموصل للإشارات الصادرة من المخ (الذبذبات الكهربائية)، فيساعد على انتقالها خلال الأعصاب بحرّية وسهولة، **وتكون هذه الإشارات بدون الكوليسترول محدودة المدى، لذلك يزداد تركيزه في أنسجة المخ بشكل طبيعي أكثر من الأنسجة الأخرى، وكذلك له دور مهم في تصنيع الهرمونات الجنسية الأنثوية والذكرية.**

ب- **حدوث تلف للخلايا المبطنة للشريان: مما يسبب زيادة قابلية النفوذ ويسهل مرور سوائل البلازما عبر جدار الوعاء الدموي إلى الطبقة المتوسطة من الشريان،** ويحدث هذا التلف لعدة أسباب أهمها:

- **تلف ديناميكي: سببه زيادة الضغط الدموي على الخلايا المبطنة للشريان وخاصة لدى الأشخاص المصابين بارتفاع الضغط الدموي.**
- **تلف كيميائي: يؤدي إفراز السيروتونين والأدرينالين إلى تلف في خلايا الطبقة**

المبطنة للشريان، ويتعلق هذا بالنمط السلوكي اليومي للشخص من حيث التدخين وتناول الكحول والتعرض للشد النفسي.

- ترسب شوارد الكالسيوم وتراكمها على الطبقة المبطنة للشريان وتساهم في إحداث تصلب الشرايين.

ج- ارتفاع ضغط الدم الشرياني (Hypertension).

د- زيادة وزن الجسم.

هـ- مرض السكر (Diabetes Mellitus).

و- التدخين (Smoking) .

ي- قلة ممارسة الرياضة والنشاطات البدنية.

٢- عوامل مساعدة:

أ- نوع الجنس (ذكر أو أنثى).

ب- العوامل الوراثية.

ج- الإصابة بمرض النقرس (ارتفاع معدل حامض اليوريا (Uric Acid)).

د- ضعف نشاط الغدة الدرقية.

هـ- زيادة تناول السكر " السكروز ".

أعراض المرض:

يحدث تصلب الشرايين على مدى سنوات عديدة وتظهر الأعراض غالباً بعد سن الخمسين أو أكثر، وتكون النوبة القلبية أو الذبحة الصدرية أولى هذه الأعراض.

التشخيص:

يستعمل الأطباء آلة تسمى مرسمة كهربائية القلب لمعرفة أي عطب في القلب، كما يشخص أيضاً بالتصوير النووي الإشعاعي للكشف عن مرض الشريان التاجي، ويتم ذلك بحقن مادة مشعة في دم المريض ثم يرى الطبيب تلك المادة على شاشة أثناء انتشارها في عضلات القلب، فتظهر المساحة التي لا تتلقى دماً خالية على الصورة.

وفي حالة وجود شك في التشخيص فإن الأطباء يستعملون القثطرة القلبية ثم يتبعها تخطيط الأوعية التاجية، ويتم ذلك بتمرير أنبوباً مرناً طويلاً (القثطرة) عن

طريق وعاء دموي كبير وعادة ما يكون شرياناً في منطقة التقاء الفخذ مع الجذع وتدفع القثطرة إلى حيث يبدأ الشريان التاجي وتحقن صبغة وبهذه الطريقة يمكن رؤية الشرايين من الداخل ويمكن تسجيلها على فيلم أشعة سينية (الصورة الوعائية) **وهذا الاختبار يظهر حالة الشرايين التاجية.**

تصلب متعدد MS Multiple Sclerosis:

هو مرض شائع عالمياً ولكن انتشاره يختلف اختلافاً كبيراً من منطقة لأخرى، وسببه غير معروف، **وهو مرض التهابي مزيل للنخاعين** Inflammatory Demyelinating Disease **يصيب الجهاز العصبي المركزي** Central Nervous System (CNS)، **الذي يتكون من الدماغ والحبل الشوكي، وهذا الالتهاب تسببه كريات دم بيضاء ليمفاوية تهاجم صفائح المايلين** (النخاعين) **وتسبب زواله استجابة لمستضدات غير معروفة، وكذلك يوجد خلل في إنتاج النخاعين** (مايلين) (Myelin) **بواسطة الخلايا الدبقية قليلة التغصنات** (Oligodendrocytes) **في الجهاز العصبي المركزي.**

والصفة المميزة لمرض التصلب المتعدد هي التكوين المستديم للويحات زوال النخاعين (Plaques of Demyelination) **في الجهاز العصبي المركزي، وتنتشر اللويحات التي تشكل آفة المرض** (MS Lesions) **في الوقت والمكان، ولهذا السبب كانت التسمية القديمة للمرض هي التصلب المنتشر** Disseminated Sclerosis. **ويكون مرض التصلب المتعدد أكثر حدوثاً في الفئة العمرية من** ٢٠ إلى ٤٥ سنة، **ويصيب هذا المرض النساء أكثر من الرجال.**

والمرض منتشر عالمياً و لكن انتشاره يختلف من منطقة لأخرى فهو من أمراض المناطق الباردة ويتناسب طردياً مع بعد المسافة عن خط الاستواء، **فكلما زاد البعد عن خط الاستواء سواءً شمالاً أو جنوباً يزداد انتشار وحدوث المرض، بينما في خط الاستواء يكون المرض نادر الحدوث.**

المسببات:

ما تزال الأسباب المؤدية لهذا المرض مجهولة، ولكن هناك عوامل تساعد في حدوثه منها:

١ - **الوقوع العائلي Familial Incidence: الأقارب من الدرجة الأولى لمصاب بالتصلب المتعدد لديهم احتمال أكبر للإصابة بالمرض مقارنة بعامة الناس ولكن نوع الوراثة غير معروف، كما أن نسبة التوافق** Concordance **لحدوث مرض التصلب المتعدد في التوائم المتشابهة هي ٣١%، وهذا يعني إذا أصاب المرض أحد التوأمين يكون هناك ٣١% احتمال إصابة التوأم الآخر وهذا دليل على وجود عوامل وراثية تؤثر على حدوث المرض.** وقد اكتشف الباحثون في السبعينات من القرن العشرين أن هناك جينات معينة ترتبط بحدوث التصلب المتعدد حيث تتحكم هذه الجينات في جهاز المناعة للجسم، **ويظن العلماء إن تلك الجينات تتفاعل مع عامل بيئي** – لم يتم تحديده بعد – **لإحداث حالة يمكن أن تقود إلى الإصابة بهذا المرض،**

٢ - **علاقة حدوث المرض بمستضدات الكرية البيضاء البشرية**Human Leucocyte Antigen (HLA)، **وهذه المستضدات موجودة في كريات الدم البيضاء وتستخدم في الترميز النسيجي** Tissue Typing **في زراعة الأعضاء لمعرفة التوافق بين المتبرع و المُستقبل، وكذلك فأن بعض الأمراض تحدث أكثر في الأشخاص الذين لديهم أنواع محددة من هذه المستضدات ومنها مرض التصلب المتعدد الذي يصيب الأشخاص البيض في الولايات المتحدة وشمال أوروبا الذين لديهم هذه الأنواع** HLA-A٣ ، HLA-B٧، HLA-D٢، HLA-DR٢.

٣ - **المهاجرون من منطقة قريبة من خط الاستواء** (ذات نسبة حدوث صغيرة للمرض) **إلى منطقة بعيدة عنه** (ذات نسبة حدوث للمرض أكبر) **يكتسبون نسبة عالية لحدوث المرض في المنطقة الجديدة بشرط الهجرة إليها قبل سن العاشرة** (وهذا يعني وجود عوامل في البيئة تساعد على ظهور المرض).

٤ - **الإصابة بالخمج** (الالتهابات) Infection، **بالرغم من فشل المحاولات لنقل مرض التصلب المتعدد تجريبياً إلا أن مرضى التصلب المتعدد ينتجون مستويات عالية من الأضداد في الدم والسائل المخي الشوكي**

Cerebrospinal Fluid (CSF) ضد فايروسات شائعة وخاصة فايروس الحصبة Measles، ولكن لا توجد رابطة أكيدة حتى الآن بين التصلب المتعدد وأي التهاب معروف، وما تزال الأبحاث والدراسات جارية لمعرفة ما إذا كان هناك سبب للمرض يعود للإصابة بالجراثيم أي كان نوعها أو فصيلتها وعلاقة انتشار مرض ما مع خمج ما، وكذلك إذا كان هناك إمكانية نقل المرض (باستخدام دم المريض أو أنسجة مصابة) من المصاب إلى كائن حي، وفي حال إمكانية ذلك، فإنه دليل على وجود عامل خمجي Infective Factor للمرض.

٥- الغذاء Diet: هناك اعتقادات بأن مرض التصلب المتعدد له علاقة باستهلاك كميات كبيرة من الشحوم الحيوانية، وقد أظهرت بعض الدراسات بأن المرض قليل الحدوث في جماعات صيد السمك الساحلية مقارنة بالجماعات الزراعية، ولكن من الصعب تقييم دور الغذاء في المرض.

إن الآفة الأساسية في التصلب المتعدد هي لويحات زوال النخاعين Plaques of Demyelination، ويكون حجمها في البداية (٢-١٠) ملم، وعادة ما تكون هذه الآفات حول البطينات في الدماغ Periventricular وتصيب مناطق معينة من الدماغ والحبل الشوكي خاصة وهي:

- الأعصاب البصرية Optic Nerves.
- منطقة حول البطينات في الدماغ Periventricular region.
- جذع الدماغ **Brain Stem** وروابطه مع المخيخ Cerebellar Connections
- الحبل الشوكي العنقي (جزء الحبل الشوكي في الرقبة) Spinal Cervical Cord ويصيبه في المسالك القشرية الشوكية Corticospinal Tracts والأعمدة الخلفية Posterior Columns.

أما انتكاسات المرض الحادة Acute Relapses فسببها التهابات بؤرية مزيلة للنخاعين (المايلين)، كما يسبب أوكسيد النتريك Nitric Oxide التي تنتجه الخلايا البلعمية Macrophages (نوع من أنواع كريات الدم البيضاء)، نتيجة الالتهابات تلف ألياف الأعصاب في الجهاز العصبي المركزي، وعندما تكون الالتهابات شديدة فإنها تسبب تلف دائم في العصبونات.

ويحدث هدوء المرض Remission عندما تخف هذه الالتهابات، ولا يصيب زوال النخاعين Demyelination في التصلب المتعدد الأعصاب الطرفية Nerves Peripheral مطلقاً.

أعراض المرض:

لا توجد أعراض أو علامات تشخيصية معينة للتصلب المتعدد، ولكن بالرغم من هذا يمكن في أغلب الحالات التعرف على المرض سريرياً وذلك من خلال الأنماط السريرية التالية:

١- التصلب المتعدد متكرر الانتكاس والهجوع (الهدوء) Remitting Relapsing MS: وهو الأكثر حدوثاً ويعني بأن المريض يصاب بنوبة حادة من المرض ثم يخف (هجوع)، ثم يصاب بعد فترة بنوبة حادة أخرى (انتكاس) وبعدها يخف (هجوع)، وفي كل مرة ينتكس ويهدأ فيها المرض يترك تلف مستديم في الأعصاب مما يزيد حدة الأعراض والإعاقة شيئاً فشيئاً.

٢- التصلب المتعدد المترقي الأساسي Primary Progressive MS: ويشكل ٢٠% من الحالات.

٣- التصلب المتعدد متكرر الانتكاس والهجوع (الهدوء) يمكن أن يتطور إلى النوع المترقي ليشكل التصلب المتعدد المترقي الثانوي Secondary Progressive MS.

٤- يسير المرض أحياناً في مسلك خاطف وسريع في تطوره وتأثيره على الأعصاب خلال بضعة أشهر ويسمى التصلب المتعدد الخاطف Fulminant MS، ويصيب أقل من ١٠% من الحالات.

إن إعاقة توصيل الأعصاب Nerve Conduction (انتقال الإشارات العصبية في الأعصاب) مباشرة نتيجة زوال النخاعين أو غير مباشرة نتيجة للالتهابات هي السبب الرئيسي لظهور الخلل السريري في المرض.

أكثر الأعراض والعلامات شيوعاً وحدوثاً وتميزاً في التصلب المتعدد متكرر الانتكاس والهدوء هي:

أ- اعتلال العصب البصري العصبي **Optic Neuropathy**:

وأعراضه عدم وضوح الرؤية في أحد العينين يتطور خلال ساعات أو أيام، ويتراوح بين الشعور بالرؤية خلال زجاج معتم إلى عدم الإبصار (فقدان البصر) في عين واحدة ويصاحبه عادة ألم في العين أو خلف العين، والإصابة بالعمى الكامل نادر الحدوث، ويتم الشفاء خلال (١-٢) شهر، وإذا أصابت اللويحة (آفة المرض) رأس العصب البصري فإن الاعتلال يظهر في صورة التهاب العصب البصري Optic Neuritis الذي يؤدي إلى انتفاخ القرص البصري Optic Disc Swelling ويمكنه رؤية هذه الحالة بمنظار العين Ophthalmoscope عند فحص قاع العين Fundoscopy، ويؤدي التهاب العصب البصري إلى فقدان حدة الإبصار مبكراً و هذا يميزه عن الأسباب الأخرى لالتهاب العصب البصري.

أما إذا أصابت الآفة العصب البصري بضعة مليمترات خلف العين فإنها لا تسبب انتفاخ القرص البصري ويسمى هذا التهاب العصب البصري خلف المقلة (العين) Retrobulbar Optic Neuritis ولا تظهر علامات في القرص البصري في هذه الحالة عند فحص قاع العين.

إن زيادة سوء اعتلال العصب البصري العصبي أثناء الحمى أو الطقس الحار أو بعد ممارسة التمارين الرياضية يعرف بظاهرة يوثوف Uthoff's Phenomenon وهي عبارة عن بطء أو تأخر في توصيل الأعصاب المركزية عند زيادة ارتفاع درجة حرارة الجسم.

ومن الآثار السلبية المتأخرة للاعتلال، العتامات (عتمة) Scotomas وهي عبارة عن بقع سوداء (بؤر عمياء) تظهر في مجال الإبصار، وخلل في إبصار الألوان.

ب- زوال النخاعين في جذع الدماغ **Brainstem Demyelination**:

تسبب إصابة جذع الدماغ الحادة ازدواج الرؤية (شفع) (Diplopia) ودوار (Vertigo) وخدر في الوجه أو ضعف و/أو عسر البلع (Dysphagia) والصورة المثالية هي نوبة (هجمة) حادة من ازدواج الرؤية مع دوار مع رأرأة (Nystagmus) (ارتجاج العين أفقياً أو عمودياً عند النظر نحو الجانب (طرف العين)

ولا يصاحب النوبة طنين في الأذن (Tinnitus) **أو صمم** (Deafness)، **وتدوم النوبة لبضعة أسابيع قبل الشفاء منها.**

ج- آفات الحبل الشوكي Spinal Cord Lesion:

شلل (خزل) **نظيري تشنجي** Spastic paraparesis، **هو ضعف أو شلل غير كامل يحدث أما في الأطراف العلوية** (الذراعين) **أو الأطراف السفلية** (الرجلين)، **ويتطور خلال أيام أو أسابيع وهو الصورة المثالية للمرض التي تحدث عند إصابة الحبل الشوكي العنقي** Cervical Cord **أو الصدري** Thoracic Cord **بلويحات زوال النخاعين ويبدأ عادة بصعوبة في المشي واعتلال الإحساس وكذلك احتباس البول** Urinary Retention (صعوبة التبول).

د- تظاهرات (صور) غير شائعة للمرض Unusual Presentations:

يمكن أن يظهر مرض التصلب المتعدد في صورة الصرع Epilepsy، **أو تشنج أحد الأطراف، أو ألم الثلاثي التوائم** Trigeminal Neuralgia (أحد الأعصاب القحفية، يزود الوجه بالإحساس، ويكون ألمه حاداً ولاسعاً ويصيب إحدى جهات الوجه).

هـ- التصلب المتعدد في مراحله النهاية End-Stage MS:

يسبب المرض في مراحله النهائية إعاقة شديدة مكونة من:

- **خزل رباعي تشنجي** Spastic Tetraparesis (شلل غير كامل في الأطراف العلوية والسفلية).
- **ضمور العصب البصري** Optic Atrophy.
- **الرنح** Ataxia **يترنح المريض من جانب لآخر ولا يستطيع المشي على خط مستقيم.**
- **رأرأة** Nystagmus.
- **أعراض إصابة جذع الدماغ مثل الرؤية المزدوجة وأعراض الشلل البصلي الكاذب** Pseudobulbar Palsy (عسر البلع وصعوبة الكلام).
- **الخرف** Dementia **وهو شائع الحدوث في المرضى.**

- **تسبب إصابة الحبل الشوكي سلس البول** Urinary Incontinence**، وهو خروج البول لا إرادياً وعدم القدرة على التحكم في المثانة البولية.**
- **الوفاة تنتج عن اليوريمية** Uraemia **وهي ارتفاع مستوى اليوريا في الدم** (بسبب حالات مثل الفشل الكلوي، والتهاب الرئة القصبي الرئوي Bronchopneumonia).

التشخيص:

١- **إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي** Magnetic Resonance Imaging **للمخ والحبل الشوكي وهو الإجراء المفضل والحساس لتشخيص التصلب المتعدد، أي يمكن الاعتماد عليه كلياً في التشخيص، ويظهر لويحات زوال النخاعين في الدماغ وجذعه والحبل الشوكي العنقي، أما الأشعة المقطعية فهي غير ضرورية ولا تساعد في تشخيص المرض وكذلك بالنسبة لباقي التحاليل، أي أن التصوير بالرنين المغناطيسي يكفي لتشخيص المرض مع الملامح السريرية.**

٢- **فحص السائل المخي الشوكي** Cerebrospinal Fluid CSF**، حيث يُبين الفحص في ٨٠% من الحالات، وجود غلوبينات مناعية قليلة النسيلة** Oligoclonal Immunoglobulin G IgG G **مما يدل على وجود تصنيع للغلوبينات المناعية في الجهاز العصبي المركزي استجابةً لوجود مستضدات** Antigens **غير معروفة، وكذلك زيادة في عدد الخلايا وحيدة النواة** Mononuclear Cells.

٣- **الاختبارات الكهربائية الفسيولوجية** Electrophysiological tests **تظهر في (٧٠-٩٠)% من حالات التصلب المتعدد بطء (تأخر) في الاستجابات المثارة إبصارياً** Visual Evoked responses **وخاصة في حالات اعتلال العصب البصري العصبي.**

ويجرى هذا الاختبار بوضع المريض أمام شاشة تلفاز تعرض فيه لوحة مثل لوحة لعبة الشطرنج، **تحتوي على مربعات مضيئة وأخرى معتمة، ثم يتغير مكان المربعات بشكل عشوائي ويقاس ردة فعل الدماغ لهذا التغيير بواسطة أشرطة كهربائية مثبتة على رأس المريض.**

ويكون الاختبار إيجابياً حتى مع عدم وجود أعراض سريرية للاعتلال البصري أو إصابة قديمة للعصب البصري أو حالات لويحة وحيدة Solitary Lesion (آفة وحيدة) في الحبل الشوكي، ويكون اختبار الجهد المثار في جذع الدماغ Brainstem Evoked Potentials موجباً (بطء استجابة جذع الدماغ) في حال إصابته بآفات المرض، كما يكون اختبار توصيل (عمل) الأعصاب الطرفية سليماً.

سير المرض:

عند تشخيص المرض يجب اتخاذ قرارات عملية بشأن الوظيفة والسكن وكذلك التخطيط لمستقبل المريض لمواجهة مرض مزمن ليس له شفاء ويؤدي إلى الإصابة بالإعاقة الجسدية، حيث أن مرض التصلب المتعدد لا يمكن التنبؤ بمساره وتطوره لوجود اختلاف كبير وشاسع بين المرضى من حيث شدة تأثير المرض عليهم والإعاقة الجسدية، فمنهم من يستمر في العيش باكتفاء ذاتي ومنهم من يصاب بإعاقة جسدية شديدة مقعدة.

ولكن في كثير من الحالات يكون مسار المرض فيها حميد وغير شديد ولا يؤدي إلى إعاقة جسدية شديدة.

العلاج:

لقد طرحت الكثير من العقاقير للتصلب المُتعدد في الأسواق مثل العلاج بالتجميد Cryotherapy والعلاج بالتشعيع (بالأشعة) Radiotherapy والعديد من اللقاحات والتحفيز الكهربائي Electrical Stimulation وكذلك العلاج بالأوكسجين ذو الضغط العالي Hyperbaric Oxygen وغيرها ، و لم يثبت أي منها جدواه في تغيير مسار المرض و تطوره.

والطريقة المتبعة في الوقت الحاضر في علاج التصلب المتعدد كما يلي:

١- فترة علاجية محددة من الأستيروئيدات القشرية (الكورتيزونات) Corticosteroids مثل ميثايل بردنوسولون Methylprednisolone عن طريق الوريد لعدة أيام، وتستخدم بكثرة في حالات الانتكاس، حيث أنها تخفف من حدة المرض أحياناً، ولكنها لا تؤثر على مسار المرض وتطوره على المدى البعيد.

٢- بيتا انترفيرون (ب، و أ، Beta-Interferon (b، and a)، يؤخذ عن طريق الحقن الذاتي في حالات التصلب المتعدد متكرر الانتكاس والهجوع، ويقلل الانترفيرون من معدل الانتكاسات بنسبة الثلث وكذلك يمنع من زيادة آفات المرض التي تظهر بالرنين المغناطيسي مع مرور الزمن، ولكن سير المرض وتطوره النهائي لا يتغير باستخدام الانترفيرون، ومن آثار الانترفيرون السلبية هي أعراض كأعراض الأنفلونزا وتهيج موضع الحقن، كما أنه عقار غالي الثمن.

٣- تستخدم الأدوية المثبطة للمناعة Immunosuppressant Drugs، مثل أزاثايوبرين Azathioprine و سايكلوفوسفامايد Cyclophosphamide، في علاج التصلب المتعدد ولكن يوجد اتفاق قليل على دورها في علاج المرض.

٤- علاجات جديدة مثل جلاتيريمير أسيتيت Glatiramer Acetate، يخفف من تردد الانتكاسات ولكنه أقل فاعلية في تأخير تطور العجز (الإعاقة).

٥- هناك عقار تجريبي جديد اسمه العلمي ناتاليزوماب Natalizumab والاسم التجاري له أنتيجرن Antegren وهو عبارة عن أضداد وحيدة النسيلة Monoclonal Antibodies ضد مستقبلات على سطح كريات الدم البيضاء وخاصة الليمفاوية ت T Lymphocytes تسمى ألفا-٤-إنتيجرين Alpha-٤-Integrins وهذه المستقبلات ضرورية لكريات الدم البيضاء في هجرتها من جوف الأوعية الدموية إلى داخل الدماغ، ويعمل عن طريق التحامه بهذه المستقبلات وبالتالي يمنع كريات الدم البيضاء من دخول الدماغ، والتي تسبب مرض التصلب المتعدد عن طريق إتلافها للنخاعين (المايلين).

٦- هنالك الكثير الممكن عمله لأي عجز مرضي مزمن مثل إعادة التأهيل Rehabilitation، مع الدعم النفسي.

٧- العلاج الطبيعي Physiotherapy، له قيمة عملية عالية في تخفيف الألم الناجم عن التشنجات العضلية.

٨- تستخدم الأدوية المرخية للعضلات Muscle relaxants مثل البكلوفين Beclofen والبنزوديازيبينات Benzodiazepines ودانترولين dantrolene

أحياناً لتخفيف التشنج العضلي لدى المريض.

٩- تستخدم حقن سم البتيلينيوم Botulinum Toxin، لحالات التشنج العضلي الشديد.

١٠- يمكن استخدام دواء الاوكسي بيوتينين Oxybutinin أو القسطرة الذاتية للمثانة البولية في حالات سلس البول.

١١- يستخدم أميدوبايرودين Amidopyridine كتجربة لتحسين القوة العضلية ويستخدم الأمنتادين Amantadine للوهن العام.

تضخم البروستات Prostate Hypertrophy:

قد تصاب غدة البروستات بالتضخم والصلابة أحياناً وتصبح الألياف العضلية لغدة البروستات متوترة على مر السنين، ويكثر النسيج الضام فيها فتصاب الغدة بالهرم.

أعراض المرض:

١- تصلب وتضخم غدة البروستات حيث يزداد وزنها إلى حوالي الضعف.

٢- تصبح غدة البروستات مفصصة وغير متساوية الحجم.

٣- يدفع هذا التورم أو التضخم قعر المثانة عالياً مكوناً قعراً خلفياً آخر ويركد البول في هذا القعر، وتترسب فيه الرمال مكونة حصيات صغيرة الإضافة إلى التهاب المثانة.

٤- يعاني المصاب من عسر التبول (Dysurie) فلا يكاد المريض يفرغ مثانته حتى يعود ليفرغ بضع قطرات تبقت في قعر مثانته الخلفي أو بضع قطرات لم تجد طريق الإحليل مفتوحاً بسبب ضغط نسيج غدة البروستات الليفي المتصلب على مجرى البول مسبباً تضيقه، ولهذا السبب يتصبب بول المصاب على شكل قطرات تتساقط بصورة عمودية فلا تسيل رشقاً أفقياً كما في الشباب.

وتزداد شدة هذه الأعراض عندما يجهد المصاب نفسه بالجماع أو عندما يتعرض إلى البرد أو عند الإفراط في تناول الطعام، ويشعر المريض بمرور الأيام بالأعراض التالية:

- ألم أسفل البطن وفي منطقة العجان.
- جفاف اللسان.

- فقدان الشهية للطعام.
- شحوب الوجه واصفراره.
- الشعور بالضعف والهزال.

المضاعفات:

إذا لم تعالج هذه الحالة سريعاً فإن ذلك يتطور إلى الإصابة بسلس البول بسبب اتساع مثانة المريض وهذا يؤدي إلى تبوله باستمرار.

وقد يلاحظ المريض كذلك نزول بعض قطرات من الدم بسبب الجهد والاعتصار عند التبول ، لذلك يجب المبادرة في العلاج بمجرد ظهور أعراض غير طبيعية على غدة البروستات.

العلاج:

تعالج هذه الحالة في المراحل الأولى من الإصابة علاجاً خاصاً يتم على أساس إستعمال الهرمون الجنسي المذكر المسمى "**خلاصة الخصى**" فهو يفيد في علاج الغدة المتصلبة الهرمة، وكذلك يعمل الهرمون المؤنث على تقلص هذه الغدة وقد يعيدها إلى حالتها الطبيعية، **إذ أن مفعول الهرمون المؤنث يؤثر بشكل فاعل على تضخم هذه الغدة المذكرة، حيث يعمل على إيقاف نمو العنصر المؤنث فيها ويحول دون حدوث التصلب في نسيجها وبالتالي يحول دون تصلبها وهرمها.**

وترفق هذه المعالجة الدوائية بمعالجة صحية تقوم على أساس:

أ- مراعاة قواعد الصحة العامة.

ب- تجنب الأسباب المؤدية إلى حدوث الاحتقان في الغدة مثل:

- تجنب التعرض للبرد.
- عدم الإفراط في تناول الطعام وخاصة في المساء.
- معالجة الإمساك.
- امتناع المريض عن كل ما هو مثير جنسياً.
- كما ينصح المريض بإفراغ مثانته من البول مهما كانت كمياته قليلة وذلك لتخفيف أعباء المثانة.

أما إذا لم تستجب الحالة إلى المعالجة الدوائية فيكون العلاج جراحياً باستئصال غدة البروستات (Prostatectomy)، **وقد أصبح إجراء مثل هذه العمليات الجراحية سهلاً ونتائجها مضمونة، حيث تطورت أساليب الجراحة وأصبحت هذه العملية تجرى الآن في جلسة واحدة بحيث تقتصر عملية الاستئصال على إيصال المبضع إلى غدة البروستات المتضخمة دون فتح التجويف الحوضي.**

تطعيمات أساسية Vaccines:

العمر	الطعم	[illegible]
الأم الحامل	• تعطى الحامل جرعتين في الشهر الخامس والسابع من طعم التيتانوس توكسويد للحمل الأول. • ثم لكل حمل بعد ذلك جرعة واحدة في الشهر السابع حسب سابقة التطعيم.	• يعطى بالحقن في عضلة الكتف.
اليوم الأول من الولادة	• جرعة أولى طعم شلل الأطفال (ثلاثي الفصائل). • جرعة أولى طعم التهاب الكبد الفايروسي "ب". تُعطى الجرعة الأولى في مستشفيات الولادة.	• نقطتين بالفم. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ.
آخر الشهر الثاني	• جرعة ثانية طعم شلل الأطفال (ثلاثي الفصائل). • جرعة ثانية طعم التهاب الكبد الفايروسي "ب". • جرعة أولى الطعم الرباعي Tetra Immune (هيموفيليس انفلونزا "ب" + دفتيريا + سعال ديكي + تيتانوس).	• نقطتين بالفم. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ.
آخر الشهر الرابع	• جرعة ثالثة طعم شلل الأطفال (ثلاثي الفصائل). • جرعة ثانية الطعم الرباعي Tetra Immune (هيموفيليس انفلونزا "ب" + دفتيريا + سعال ديكي + تيتانوس).	• نقطتين بالفم. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ.
آخر الشهر السادس	• جرعة رابعة طعم شلل الأطفال (ثلاثي الفصائل). • جرعة ثالثة طعم التهاب الكبد الفايروسي "ب". • جرعة ثالثة الطعم الرباعي Tetra Immune (هيموفيليس انفلونزا "ب" + دفتيريا + سعال ديكي + تيتانوس).	• نقطتين بالفم. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ.

استكمال سنة من العمر	• جرعة ثالثة طعم (الحصبة + الحصبة الألمانية + نكاف MMR).	• الحقن تحت الجلد الجزء العلوي من الذراع.
الشهر الثامن عشر (سنة ونصف)	• جرعة منشطة طعم شلل الأطفال. • جرعة مُنشطة الطعم الرباعي Tetra Immune) هيموفيليس انفلونزا "ب" + دفتيريا + سعال ديكي + تيتانوس).	• نقطتين بالفم. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ.
استكمال سنتين من العمر	• طعم الحمى المخية الشوكية رباعي.	• الحقن تحت الجلد الجزء العلوي من الذراع.
سنتين ونصف	• جرعة منشطة طعم شلل الأطفال .	• نقطتين بالفم.
ثلاث سنوات ونصف	• جرعة منشطة طعم شلل الأطفال . • جرعة منشطة طعم الثلاثي (دفتيريا + سعال ديكي + تيتانوس).	• نقطتين بالفم. • الحقن بالعضل بالجزء الأمامي الخارجي لأعلى الفخذ.
أربع سنوات ونصف	• جرعة منشطة طعم شلل الأطفال .	• نقطتين بالفم.
عند دخول المدارس	• طعم التدرن. • جرعة ثانية طعم (الحصبة +الحصبة الألمانية + نكاف MMR).	• تحت الجلد سطحياً بالكتف الأيسر. • الحقن تحت الجلد بالجزء العلوي من الذراع.
١٠ سنوات	• طعم الثنائي (دفتيريا + تيتانوس).	• الحقن بعضلة الكتف.
١٢ سنة	• طعم الحصبة الألمانية.	• الحقن تحت الجلد.
١٨ سنة	• جرعة منشطة طعم ثنائي (دفتيريا+ تيتانوس).	• الحقن بعضلة الكتف.

تقرح نزلات البرد:

هي عبارة عن مجموعة من البثور الصغيرة العنقودية الشكل، تنتشر على الفم والمنطقة المحيطة به، مكونة تقرحات، وتستفحل هذه التقرحات في كثير من الحالات عندما يصاب المرء بالزكام أو الحمى.

المسببات:

يسببها فايروس يسمى فايروس الحلأ البسيط، ويدخل هذا الفايروس إلى الجسم عن طريق الأنف أو الفم، ويكمن هذا الفايروس في الجسم إلى أن تتوفر شروط معينة يمكن أن تعيد إليه نشاطه.

أعراض المرض:

يعاني كثير من الأشخاص من التقرحات المتكررة في المواضع نفسها. **والسبب في ذلك يعود إلى أن الفايروس يبقى كامناً في الجسم حتى بعد أن تبرأ القروح، وليس له أي أعراض تدل عليه إلا أن تتوفر شروط معينة يمكن أن تعيد إليه نشاطه، فيحدث من جراء ذلك تقرحات جديدة، ومن هذه الشروط، الحمى والتعرض المفرط لضوء الشمس والاضطراب العاطفي بالإضافة إلى أن جرحاً قد يحدث في موقع القرح القديم، ومن أعراض الإصابة به الشعور بالحاجة إلى حك الموضع المصاب، وعندها يشعر بوخز خفيف يتبعه ألم، ثم يبدأ الاحمرار وتظهر البثور، التي لا تلبث أن تنفجر في موضعها مخلفة قشوراً صفراء.**

العلاج:

تبرأ تلك القروح من تلقاء نفسها خلال فترة تتراوح ما بين يومين إلى سبعة أيام، **إذ ليس بالإمكان الوقاية من تقرحات البرد، وقد يصف الأطباء أحياناً عقاراً يعرف باسم الأسكلوفير لأولئك الأشخاص الذين يتكرر لديهم حدوث هذه التقرحات، ويعمل هذا العقار على تأخير تفشي التقرحات، إلا أنه لا يعالج الحالة.**

تقرحات Ulcers:

هو حالة مرضية تحدث في الجلد **بسبب وجود نقص مادي في البشرة نتيجة انفتاح فقاعة.**

تقرحات عنق الرحم Cervical ulceration:

يصاب عنق الرحم بالتقرحات ويظهر عليه التورم عندما تهمل المرأة المصابة بأحد الالتهابات في الجهاز التناسلي العلاج.

المسببات:

- **تحدث الإصابة نتيجة لعدوى بأحد الالتهابات الرحمية.**
- **استعمال الحاملات الرحمية** (وهي أدوات طبية تستعمل لغرض رفع الرحم وعدم انسيابه في الفرج) **لمدة طويلة.**

أعراض المرض:

تكون أعراض هذه التقرحات مشابهة لأعراض الالتهابات الرحمية فيظهر عنق الرحم عند الفحص بصورة إسفنجية متضخمة، مع *إفرازات مهلبية صديدية ذات* رائحة كريهة، ويرافقها شعور المرأة بالألم في منطقة عنق الرحم.

التشخيص:

إجراء فحص لعينة تؤخذ من خلايا عنق الرحم، وعينة من الإفرازات المهبلية وتحليلها مختبرياً لمعرفة سبب الإصابة.

العلاج:

يعتمد العلاج على تحديد المسبب، وقد تحتاج لعمل كي لعنق الرحم في بعض الحالات.

تكيس المبايض Polycystic Ovary Syndrome :

هو ظهور أكياس صغيرة جداً (حوالي ١ ملم) في جدار المبيض، ويؤدي هذا المرض إلى عدم توازن الهرمونات في الجسم.

المسببات:

أسباب المرض غير معروفة حتى اليوم.

أعراض المرض:

يؤدي عدم توازن الهرمونات في الجسم إلى عدة أعراض منها:

- عدم انتظام الدورة الشهرية أو انقطاعها كلياً.
- العقم.
- زيادة الوزن.
- كثرة نمو الشعر في الوجه والجسم.
- كثرة ظهور حب الشباب.

التشخيص:

يمكن تشخيص المرض بسهولة عن طريق الفحوصات الهرمونية وفحص بالموجات فوق الصوتية لمنطقة الحوض.

العلاج:

لا يمكن الشفاء من المرض تماماً، ولكن يمكن بنجاح كبير علاج أعراضه، **أما باستعمال أدوية منع الحمل أو استعمال الأدوية المنشطة للمبايض، كما تستعمل الأدوية المضادة لهرمون التستستيرون في حالات كثيرة، وكذلك يمكن أن يتم العلاج عن طريق كي المبايض بأشعة الليزر باستخدام منظار البطن، وقد تم حديثاً اكتشاف طريقة جديدة باستخدام الأدوية المضادة لهورمون الأنسولين وبهذا يمكن علاج الكثير من حالات تكيس المبايض المستعصية.**

تكيسات الكبد Cysts of the Liver:

تحدث أكياس الكبد البسيطة (غير طفيلية) نتيجة لحدوث اضطراب في تكون القنوات الصفراوية داخل الكبد وتكون مفردة غالباً وصغيرة الحجم وتقع عادة تحت المحفظة، **وليس لها أي اختلاطات، أما المرض الكيسي الكبدي (** Cystic Disease of the Liver**) فهو حالة نادرة ولادية المنشأ غالباً وكثيراً ما تكون مترافقة بمرض الكيسات المتعددة** (Polycystic Disease) **في الكليتين والطحال والبنكرياس، وتكون عادة صغيرة وليس لها أي أعراض.**

وتحدث هذه الأكياس في أي مرحلة من عمر الإنسان ولكن يكثر حدوثها في العقدين الرابع والخامس وهي تصيب الرجال خاصة.

تليف الكبد Liver Cirrhosis :

هو حالة مرضية تصيب الكبد بالتليف، **حيث تتليف خلايا الكبد الحشوية وتؤدي إلى إفراط في النسيج الضام، وتحل مجموعات من الخلايا محاطة بأغلفة من الندبات تسمى بالعقيدات المجددة، محل أنسجة الكبد الإسفنجية الطبيعية، وبعد تكون الندبات لا يمكن للكبد أن يستعيد أنسجته الإسفنجية.**

المسببات:

- **تناول المشروبات الكحولية.**
- **التهاب الكبد.**
- **استنشاق أبخرة مواد كيميائية معينة كرابع كلوريد الكربون.**

أعراض المرض:

عدم قدرة الكبد المريض بالتليف على أداء وظائفه الحيوية، **كتصنيع البروتينات وإزالة السموم من الدم، كما أن الأنسجة المصابة قد توقف سريانالدم مما يؤدي إلى زيادة الضغط في الأوعية الدموية، التي تغذي الكبد، وقد ينتج عن ذلك نزف داخلي، كما يؤدي وقف سريان الدم أيضاً إلى تراكم السوائل داخل البطن، وعموماً يصاب العديد من مرضى التليف الكبدي بالضعف وعدم التركيز، وتؤدي الحالات المتقدمة إلى الوفاة، وهناك أيضاً بعض الحالات التي لا تسبب أي أعراض ملحوظة.**

العلاج:

يمكن التحكم في بعض حالات التليف عن طريق الغذاء السليم وكذلك بتجنب الكحوليات.

تورم الساقين Lower Limb Oedema:

وهو من الأعراض الشائعة عند كبار السن والنساء البدينات، ويحدث بشكل خاص في آخر النهار بعد الوقوف أو الجلوس لمدة طويلة (وهذا يمكن أن يكون طبيعياً أي غير مرضي).

المسببات:

إن أسباب **تورم الساقين المرضي هي:**

١- **الإصابة بالأمراض القلبية - قصور** (هبوط عمل) **القلب الأيمن أو الأيسر أو كلاهما.**

٢- **الإصابة بالأمراض الكلوية - وذلك نتيجة لتهريب البروتينات** (الألبومين Albumin) **عن طريق الكلية نتيجة لأمراض مختلفة ويكشف عن طريق تحليل بول روتيني.**

٣- **قصور** (هبوط عمل) **الكبد - والذي ينتج عنه نقص في إنتاج بروتينات الدم** (الألبومين Albumin).

٤- **إصابات معوية - نتيجة لفقد البروتينات عن طريق الأمعاء مثل مرض اعتلال الأمعاء المُضيع للبروتين** Protein Losing Enteropathy.

٥- سوء التغذية - نقص البروتين في الغذاء.

٦- وجود كُتل ضاغطة في الحوض أو البطن تضغط على الأوعية الدموية أو الليمفاوية.

العلاج:

يكون علاج هذه الحالة بعلاج المسبب لها، وينصح المريض برفع ساقيه بزاوية مقدارها 45° عند النوم والاسترخاء وفي حالة الجلوس الطويل.

توسع الشرايين (أم الدم) Aneurysm:

هي حالة توسع غير طبيعي تحدث للأوعية الدموية الشريانية وخاصة الأوعية الدموية الكبيرة.

المسببات:

١- أسباب خلقية ولادية.

٢- الإصابة بتصلب الشرايين.

٣- الإصابة بالرضوض.

٤- الإصابة بالالتهابات.

٥- الإصابة بأمراض الزهري.

توقف عن التدخين Stopping Smoking:

لا يعرف غالبية الأشخاص المدخنين كيفية التوقف أو أفضل الطرق الواجب اتباعها للتوقف عن التدخين بالرغم من وجود الرغبة لديهم في ذلك، **ولكن قبل استعراض كيفية التوقف عن التدخين يجب ذكر بعض أضرار التدخين، والصورة التالية توضح لنا كيف أن التدخين يمكن أن يؤثر تقريباً على كافة أعضاء الجسم بدرجات مختلفة.**

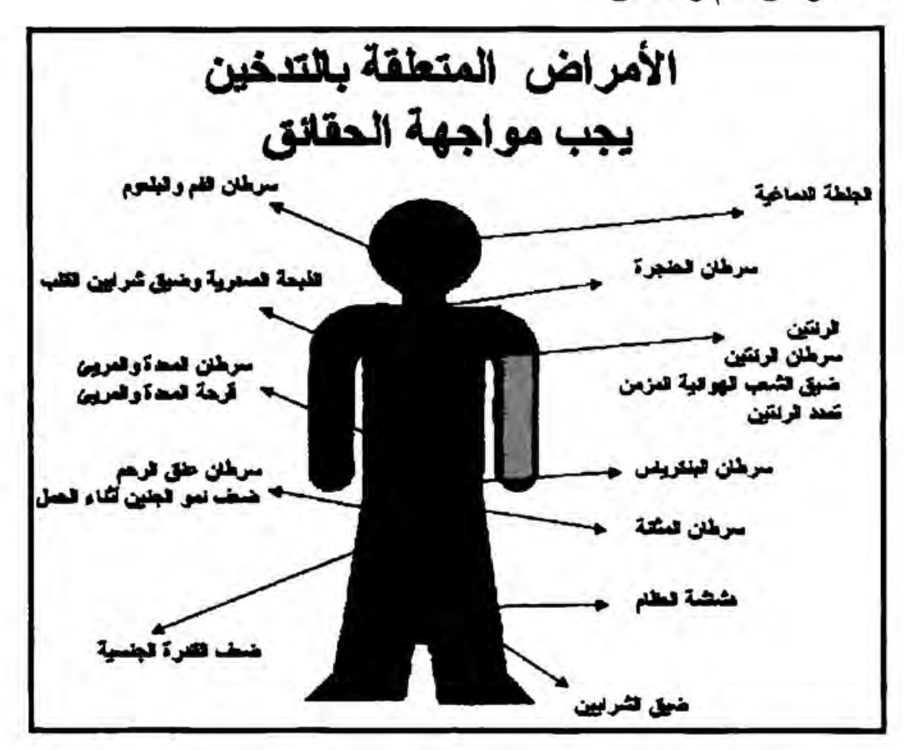
ومن أهم الأمراض التي يسببها التدخين هي:

١- سرطان الرئة.

٢- تمدد الرئة وتضيق الشعب الهوائية.

٣- جلطة القلب.

٤- أمراض الفم والأسنان.



وهناك دراسات عديدة تبين أن احتمال إصابة الشخص المدخن بالعديد من الأمراض تزيد بنسبة تتراوح من ضعف إلى عشرة أضعاف بالنسبة لغير المدخن وذلك حسب نوع المرض.

المرض	[illegible]		[illegible]
	لغير المدخن	للمدخن	
تصلب الشرايين	١	٢	%٤٣-٢٥
الجلطة القلبية	١	٥	%٨٠-٧٥
سرطان الرئة	١	١٠	%٨٥-٨٠
تضيق الشعب الهوائية	١	٦	%٩٠-٨٠
الغانغرينا	١	٩	%٩٨-٩٠
الوفيات نتيجة لمختلف أنواع السرطان	١	٢	%٣٠

وللتوقف عن التدخين فوائد كبيرة فالجسم له القدرة على التخلص من بعض المواد المتعلقة بالتدخين مثل النيكوتين وثاني أوكسيد الكربون بسرعة كبيرة، **وتخف بعض الأعراض المرافقة للتدخين مثل الكحة والبلغم خلال عدة أسابيع، ويمكن خفض احتمال الإصابة بجلطة القلب بنسبة ٥٠% خلال سنة واحدة فقط، كما ينخفض احتمال الإصابة بأمراض السرطان بشكل تدريجي.**

الطريقة المثلى للتوقف عن التدخين:

يسبب التدخين إدماناً عضوياً وسيكولوجياً، **غير أن كثيراً من الناس ممن توجد لديهم الرغبة الحقيقية والإرادة الكافية في ذلك يستطيعون التوقف عن التدخين بشكل مفاجئ، وفي الحقيقة لا يوجد أي ضرر من التوقف فجأة عن التدخين،** وينصح باتباع البرنامج الآتي للتوقف عن التدخين:

١- **تحديد موعد معين (Target day) للتوقف النهائي عن التدخين وعادة يكون هذا الموعد خلال ٣-٤** أسابيع **من التفكير في التوقف.**

٢- **التحدث مع الأهل والمقربين بالرغبة عن التوقف عن التدخين وذلك لمساعدة الشخص وتفهم الظروف التي قد يمر بها.**

٣- **خلال الفترة المحددة** (من قبل المدخن) **على المدخن أن لا يدخن أكثر من عشر سجائر في اليوم.**

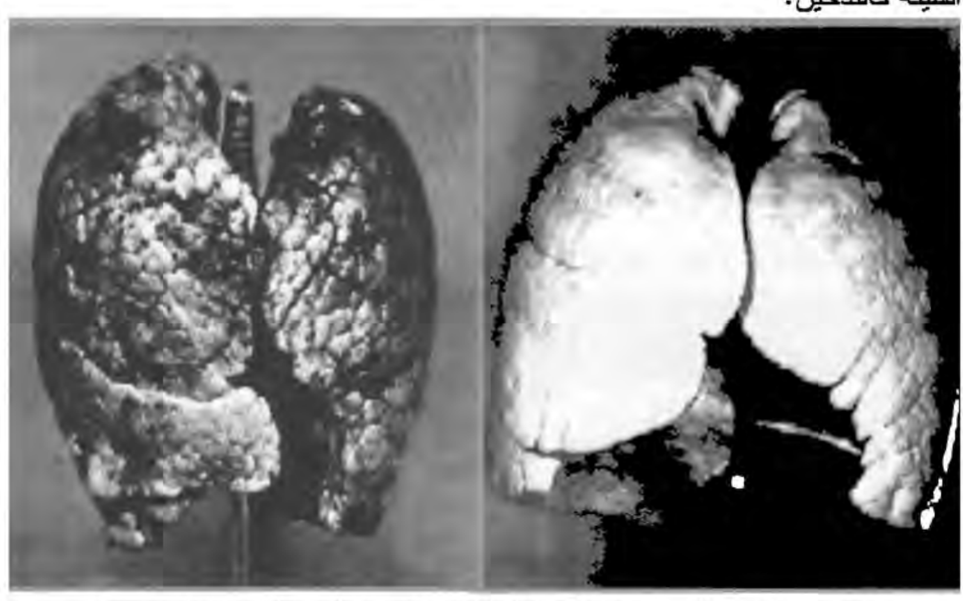
٤- **ينصح بأخذ النيكوتين التعويضي في اليوم المحدد للتوقف عن التدخين، والغرض من أخذ النيكوتين هو التقليل من أعراض التوتر والعصبية التي يمر بها المدخن عند التوقف عن التدخين.**

٥- **اتباع بعض الإرشادات لمقاومة الحنين إلى السجائر** والتي تتضمن:

- **التأخير**: **ويقصد به تأخير موعد تدخين السيجارة في حالة الرغبة إليها حيث يقرر الشخص مع نفسه أن يدخن ولكن بعد نصف ساعة وفي أغلب الأحيان تقل الرغبة تدريجياً بعد مرور فترة نصف ساعة أو أكثر ثم يستطيع التغلب عليها.**

- الامتناع: الامتناع عن بعض الأماكن أو المواقف التي تذكر الشخص عادة بالتدخين كالمقاهي، ويكون هذا الامتناع لفترة مؤقتة لمدة شهر مثلاً لأن بعد مرور الشهر يستطيع الإنسان عادة التحمل أكثر.
- الهروب: ويقصد به الهروب أو الخروج من موقف ما يشعر الإنسان من خلاله بالحنين إلى السيجارة، فمثلاً إذا كان الشخص في مكان معين ويشعر بحنين إلى السيجارة فيفضل الخروج أو تغيير المكان من أجل التغلب على هذا الحنين.
- إيجاد البدائل: محاولة الانخراط في أعمال أو هوايات أخرى لمحاولة الانشغال عن التفكير بالتدخين مثل ممارسة الرياضة لفترة معينة، أو تكثيف الزيارات الاجتماعية، وتساعد هذه البدائل على نسيان التدخين نوعاً ما.

ومن الضروري اختيار الوقت المناسب للتوقف عن التدخين، فمثلاً قد يكون أسهل على الشخص التخلص من التدخين في فترة إجازة من العمل، وبالتالي الابتعاد عن ضغوط العمل خلال الفترة الأولى الصعبة أو استغلال فرص معينة مثلاً بعد الصيام وممارسة العبادة حيث أن هذه الفرص تقوى إرادة الإنسان على مقاومة العادات السيئة كالتدخين.



رئة شخص غير مدخن — رئة شخص مدخن

النيكوتين التعويضي:

هناك ثلاثة أنواع من النيكوتين التعويضي هي :

١- **علكة النيكوتين: منها بتركيز** ٢ ملغم أو ٤ ملغم، **وينصح المدخن باستخدام علكة** ٤ ملغم **في البداية، حيث يأخذ** ٨ – ١٢ علكة يومياً **لتعويض الجسم عن النيكوتين الذي كان يتلقاه من السجائر، ويجب اتباع الطريقة الصحيحة البطيئة لأخذ هذه العلكة بحيث يمضغ الإنسان العلكة لدقائق، ومتى ما شعر بطعم النيكوتين فإنه يتوقف عن المضغ، وإذا زال هذا الطعم فإنه يواصل المضغ، ويتم تكرار هذه العملية لمدة نصف ساعة تقريباً، ويمكن أخذ علكة كل ساعة إلى ساعتين خلال اليوم.**

٢- **لزقة النيكوتين: تأتي لزقة النيكوتين عادة بثلاث جرعات** (عالية– متوسطة – خفيفة)، **وينصح للتغلب على الإدمان على النيكوتين بأخذ لزقة ذات الجرعة العالية يومياً لمدة أربع أسابيع ثم المتوسطة لمدة أربع أسابيع وأخيراً الخفيفة لمدة أربع أسابيع، وينصح بوضع اللزقة على أي مكان في الجسم وإزالتها بعد أربع وعشرين ساعة تقريباً ووضع لزقة جديدة.**

٣- **فلتر النيكوتين: يتكون هذا الفلتر من مادة نيكوتين يمكن استنشاقها مثل السيجارة، ويمكن استعماله بصورة متقطعة طوال اليوم.**

الأدوية المساعدة على التوقف عن التدخين:

أثبتت بعض الدراسات أن بعض الأدوية المضادة للاكتئاب تساعد على الامتناع عن التدخين وخصوصاً دواء جديد يسمى (Buproprion or Zyban)، **والذي أثبت فعاليته في مساعدة الأشخاص الذين لديهم رغبة حقيقية في التوقف عن التدخين، ولكن يجب أخذ هذا الدواء تحت إشراف طبي، وعادة لا ينصح به إلا بعد فشل المحاولات في التوقف باستخدام الطرق الأخرى.**

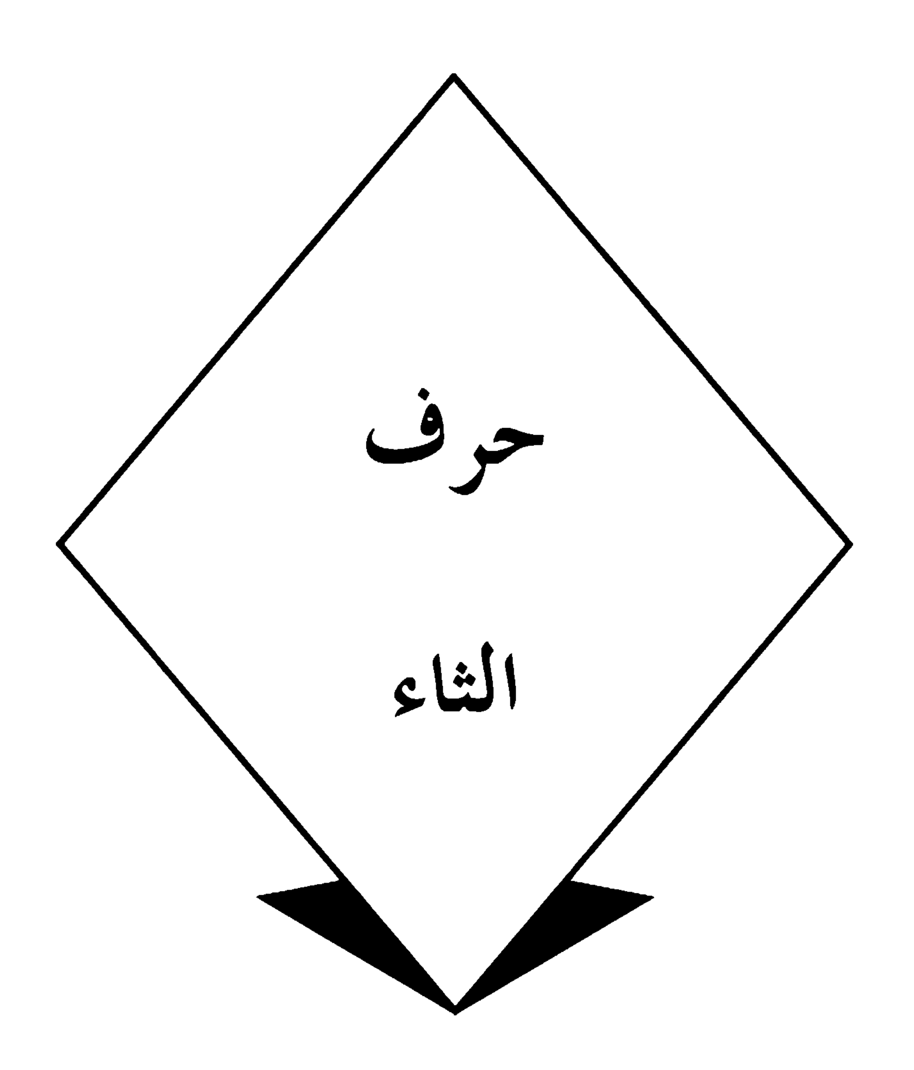
ويجب التنبيه بأن الشخص المدخن قد يمر بعدة تجارب فاشلة في محاولة التوقف عن التدخين ولكن من الضروري عدم اليأس وتكرار المحاولة عدة مرات لتحقيق الغرض المنشود.

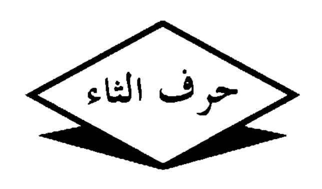
تينة عنقودية Psychosis Brabace:

وتسمى أيضاً تينة اللحية وهي عبارة عن التهاب مزمن كثير الانتكاس لمجموعة من الحويصلات الشعرية وخاصة عند الرجل في منطقة الذقن والشارب، **ويمكن أن تقع الإصابة في أي مكان كثيف بالشعر كالفروة والنقرة والعانة، وتظهر على شكل سطح مرتشح يحتوي على عدد كبير من البثور ويتوسط كل منها شعرة.**

تينة فطرية:

وهي إصابة تسببها الفطريات الحيوانية والتي تنتقل من الحيوانات المصابة بها كالخيول والكلاب وسواها إلى الإنسان، **وتصيب التينة الفطرية شعر الذقن، وتتألف من اجتماع عدد من البثور على سطح التهابي يرتفع عن سطح غزير القيح والشعر فيها سهلة الاقتلاع.**


حرف
الثاء



ثآليل Warts:

مرض جلدي شائع يصيب الناس كافة وخاصةً الأطفال، يظهر بشكل حطاطات بشروية مفرطة التقرن سليمة البنية يكون لونها بلون الجلد، **يتراوح حجمها بين رأس الدبوس وحبة العدس أو أكبر، وتسببها حمة راشحة** (فايروس) **خاصة من نوع** DNA **حيث تصيب الجلد والأغشية المخاطية، وتنتقل الإصابة بالعدوى من إنسان لأخر عن طريق التماس المباشر أو العدوى الذاتية من يد لأخرى.**

ثآليل أخمصية Mosaic Plantar Warts :

سببها الإصابة بالفايروس من نوع (HPV١) وتكون الإصابة غائرة ضمن سماكة الجلد وتصيب أخمص القدمين.

ثآليل تناسلية Genital Warts:

سببها الإصابة بالفايروس من نوع HPV٦ الذي يصيب المنطقة التناسلية **وينتقل عن طريق الاتصال الجنسي، وهي عبارة عن إصابات ورمية قنبطية.**

ثآليل – تناسلية إفرنجية Venereal Warts:

يصيب المنطقة التناسلية **وينتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ويكون بشكل تنبتات ورمية.**

ثآليل خيطية Filiform Warts:

تظهر على جلد الجفون وحول الفم والذقن، **وتأخذ بعد ذلك شكلاً طولياً ورفيعاً تصعب معالجته.**

ثآليل عادية Common Warts :

هي إصابة فايروسية من نوع HPV٢، تكون على شكل تنبتات ورمية صغيرة

سليمة بلون الجلد قاسية خشنة الملمس، **ويكثر ظهورها على ظاهر اليدين والأصابع والقدم كما تشاهد على الوجه والساعدين والأطراف، وقد تصيب الشفتين واللسان أحياناً، وتصيب الأطفال عادة وتنتقل بالعدوى لأعداد كثيرة منهم**، ومنها:

ثآليل منبسطة فتوية Plane Warts:

سببها الإصابة بالفايروس الحليومي الإنساني الثالث (HPV٣)، تكون بشكل لويحات حطابية صغيرة مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد يتراوح قطرها بين (١-٣) ملم ويكون سطحها منبسطاً أملساً وحدودها مضلعة غالباً ولونها مسمر، وأعدادها كثيرة جداً، **ويغلب ظهورها على الوجه والجبين والخدين والأنف والرقبة واليدين، وتحدث فيها ظاهرة تلقيح ذاتي وتنتشر بسرعة بالحلاقة والاحتكاك ونتف الشعر، وغالباً ما تصيب الأطفال غير أنها تصيب المسنين أيضاً.**

وقد تقع الثآليل أحياناً على فروة الرأس **وتأخذ شكل نباتات قنبطية أو أشكالاً إصبعية وتميل إلى الانتشار والعدوى الذاتية بالتمشيط والاحتكاك.**

وأحياناً تقع الثآليل حول الأظافر **وتحتها وتكون في هذه الحالة محتدة وناكسة، وتدفع اللوحة الظفرية إلى الأعلى وتميل إلى التشقق والاتساخ والالتهاب.**

العلاج:

١- **قد تستجيب بعض الحالات البسيطة للشفاء العفوي بشكل مفاجئ وتختفي الثآليل.**

٢- **وقد تستجيب للشفاء بالمعالجة التنفسية حيث وجد أن الإيحاء النفسي كثيراً ما يكون شافياً في معظم أنواعها، وهناك إحصائيات للشفاء التام بالتنويم المغناطيسي.**

٣- **المعالجات الدوائية** وتتمثل في:

أ- **حامض الصفصاف (٢٥%) أو حامض اللايستيك (٢٥%) والكولوريون (٥%).**

ب- **حامض الصفصاف (١٠%) وفلورويواسيل (٥%) والكولوديون مرن وكلوديون لين.**

٤- **المعالجات بالتخثر** (بواسطة الكهرباء) **وهي أكثر الطرق المستعملة نجاحاً وتقضي على الثؤلول الذي لم يتجاوز حجمه ١سم في جلسة خاصة.**

٥- **المعالجة بالآزوت السائل وهي من الطرق الفعالة المستعملة.**

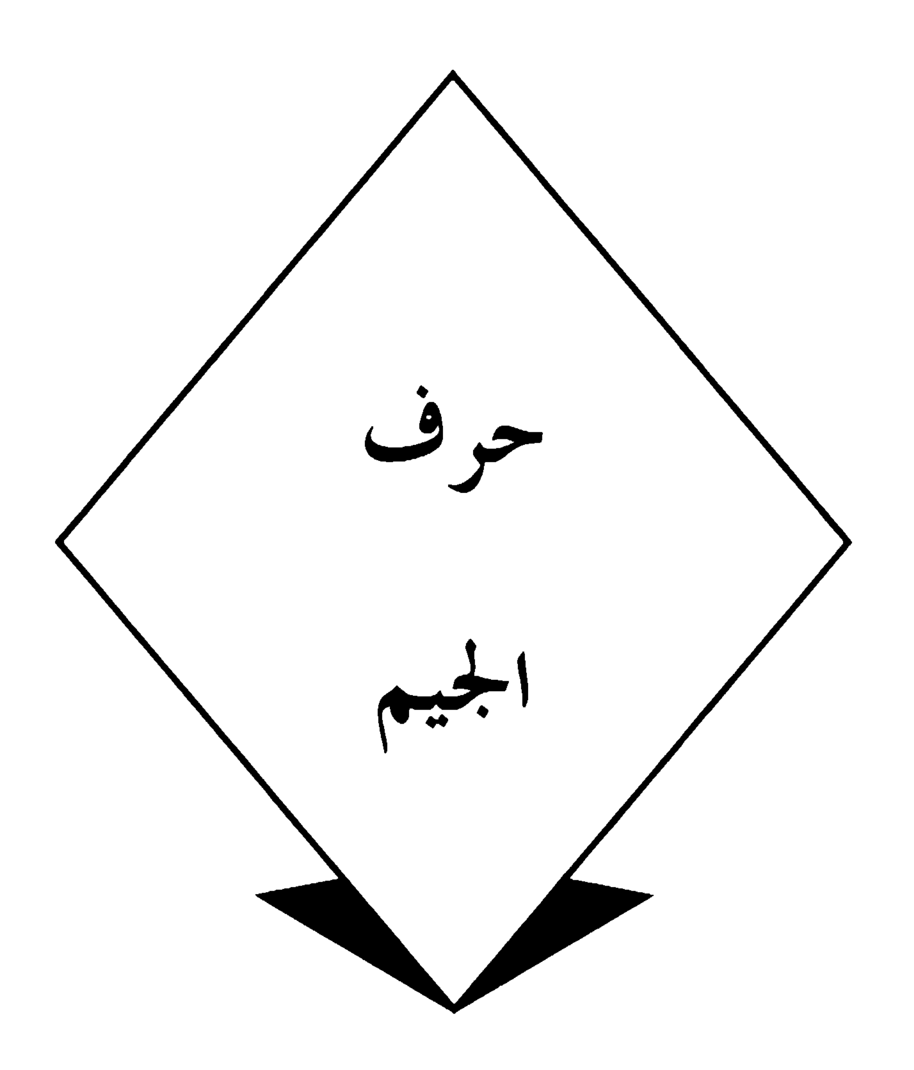
٦- **والثآليل مرض معدٍ ذاتياً** لذا يجب التأكيد على التعليمات التالية:

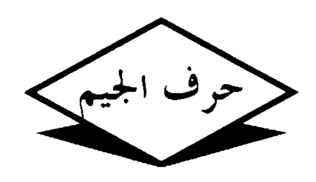
أ- **تجنب حك أو تشطيب أو نزع الثؤلول بالمشرط أو الظفر لأن ذلك قد يؤدي إلى زيادة انتشاره.**

ب- **تجنب قضم الأظافر بالنسبة للأطفال المصابين وخصوصاً أظافر الأصابع المصابة بالثآليل لأن ذلك قد ينقل العدوى إلى اللسان.**

ج - **يجب الإسراع ما أمكن بمعالجة ثآليل فروة الرأس لأن الحك والتمشيط تزيد من سرعة انتشارها.**

د- **يجب عدم حك أو رص الثآليل الفتوية على الجلد لأن ذلك يزيد من سرعة انتشارها.**


حرف
الجيم



جدري القرود Monkeypox :

هو مرض فايروسي تشبه أعراضه السريرية أعراض مرض الجدري، **ولكنه أقل فتكاً وشدة من مرض الجدري، وقد تم القضاء على مرض الجدري** SmallPox **والتخلص منه عالمياً في سنة ١٩٧٧، من خلال حملات التطعيم على مستوى العالم، ولكن جدري القرود ما يزال يصيب حالات متفرقة في بلدان أفريقيا، وبما أن تطعيم** (لقاح) **الجدري الذي كان يعطي مناعة وتحصين ضد جدري القرود أيضاً قد توقف إعطائه منذ سنة ١٩٨٠، فإن الأطفال الذين ولدوا بعد سنة ١٩٨٠ هم معرضون للإصابة بجدري القرود، ويظهر جدري القرود في قرى نائية في وسط وغرب أفريقيا قريبة من الغابات الاستوائية الممطرة، وتصل نسبة الوفيات إلى ١٠% في الأطفال.**

المسببات:

يسببه فايروس جدري القرود وهو من فصيلة فايروسات أورثوبوكس Orthopoxviruses ويشابه فايروس الجدري ومن نفس الفصيلة، **وينتقل من الحيوانات المصابة بالفايروس إلى الإنسان** (Zoonosis) **مثل القرود والسناجب عن طريق الدم** (حيوانات تم صيدها للأكل ويدخل الفايروس عن طريق جرح) **أو عن طريق العض، وانتقاله من شخص لشخص نادر جداً، وتستمر فترة حضانة المرض** من ١٠-١٤ يوم.

أعراض المرض

- **يبدأ المرض بأعراض تشبه أعراض الأنفلونزا وهي حمى، إرهاق، رعشة، ألم في الظهر، صداع، وتقيؤ.**
- **تضخم الغدد الليمفاوية وخاصة في منطقة الرقبة والعانة بسبب تكاثر الفايروس فيها قبل الانتشار للجلد.**
- **يبدأ الطفح الجلدي بالظهور** بعد ٢ - ٣ أيام، **ويبدأ بالظهور على الأطراف مثل الذراع ومن ثم ينتشر، ويدخل في مراحل تبدأ بالحطاطات ثم إلى بثور إلى**

حويصلات تحتوي على قيح وبعدها تنشف وتجف وتكون قشور، وإلى هذه المرحلة يكون الشخص المصاب معدياً، ثم تتساقط القشور تاركة ندوب (آثار الطفح على الجلد).

العلاج:

بجب عزل المريض والمخالطين له وتقصي مصدر العدوى والقضاء عليه، ويكون العلاج بالمعالجة الداعمة Supportive Therapy، **مثل خفض درجة الحرارة، وإعطاء السوائل والأملاح حسب الحاجة، ومنع حدوث الالتهابات البكتيرية الثانوية للجلد.**

وهناك دراسات حول عقار سايدوفر المضاد للفايروسات Cidovir الذي ينفع في علاج الحيوانات المصابة بفايروس جدري القرود، **ولكن موضوع استخدامه في علاج الإنسان ما يزال بحاجة إلى دراسات إضافية.**

أما بالنسبة للقاح (لقاح الجدري) **فلا يوصى به لأن جدري القرود ليس منتشراً كثيراً وليس بشدة مرض الجدري، وهناك مضاعفات من اللقاح نفسه** (إذ يمكن أن يسبب مرض الجدري).

جُديري مائي Chickenpox :

هو مرض شائع الحدوث بين الأطفال ما بين سن ٥–٩ سنوات، يسببه فايروس يسمى (فاريسيلا زوستر)، **ولكن يتعرض له الكبار أيضاً وتكون أعراضه أكثر حدة من الأطفال.**

وهذا المرض معدٍ ينتقل بسهولة بين أفراد العائلة الواحدة وبين زملاء المدرسة عن طريق التنفس وعن طريق اللمس واستخدام أدوات المصاب.

وينقل الشخص المصاب بالجُديري المائي العدوى إلى الشخص السليم في هذه الفترة: **خمسة أيام قبل ظهور الطفح الجلدي وخمسة أيام بعد ظهوره، وبعد انتهاء العشرة أيام وجفاف الطفح الجلدي واختفاء القشرة الخارجية يصبح الإنسان غير ناقل للعدوى.**

أعراض المرض:

تظهر أعراضه من ١٠–٢١ يوماً من التعرض للفايروس، وترتفع درجة حرارة المريض ارتفاعاً طفيفاً في اليومين الأول والثاني، مع الشعور بتعب عام، وطفح

جلدي وهو يعتبر أول علامات المرض الذي لا مفر من ظهوره في جميع الحالات، **ويبدأ هذا الطفح بظهور بقع حمراء فوق سطح الجلد ثم تتحول إلى بثور تنفجر مكونة ما يشبه بالتقرحات، ثم تتكون قشرة خارجية عليها، وتنتشر هذه البثور بدءاً من فروة الرأس ثم منطقة الجذع** (وهي أكثر المناطق تركيزاً لهذه البثور)، **ثم أخيراً الأذرع والأرجل، ويكفي الإنسان أخذ جرعة واحدة من التطعيم الخاص بالجُديري المائي ليقيه طيلة حياته من الإصابة بهذا المرض ويكون ذلك في العام الأول من عمره وإذا لم يحقن في فترة الطفولة يتم ذلك في أي وقت في الكبر، ولكن إذا أصيب الإنسان به فالجسم يكون مناعة ضده تقيه من الإصابة به مرة أخرى.**

مخاطر الجُديري المائي:

من مخاطر الجديري المائي التهاب المخ، **وتلف الأعصاب ويتعرض الأشخاص المصابون بمرض الإيدز أو الحمرة أو سرطان الدم أو أنواع السرطان الأخرى لتداعيات هذا المرض، أو من يتناول علاجاً للمناعة مثل الكورتيزون ومشتقاته، وينتقل المرض من الأم المصابة في آخر ثلاثة شهور لها من الحمل إلى جنينها بنسبة كبيرة، كما أن الأم التي تصاب به قبل خمسة أيام من وضعها أو بعد الوضع بيومين يكون مولودها عرضة للموت بنسبة ٣٠%.**

جذام Leprosy:

هو مرض التهابي مزمن يصيب الجلد والأعصاب والأغشية المخاطية، **وهو مرض معروف منذ القدم، وينتشر في المناطق التي تحدث فيها الحروب وتزداد فيها المجاعات.**

المسببات:

تسبب الجذام بكتيريا من نوع العصيات شديدة الشبه بعصيات التدرن تسمى (عصيات هانسن) **والتي يمكن مشاهدتها بأعداد كبيرة في إفرازات أنف المصاب المخاطية وفي جلده.**

طرق العدوى:

لم يتفق العلماء حتى الآن على طرق انتقال الجذام إلا أنه لابد من وجود تماس مباشر ومديد مع المريض لتتم العدوى.

ويكون الأطفال أكثر تقبلاً للعدوى من الكبار كما تتم العدوى أيضاً بالطريق التنفسي أو من خلال وجود سحجات مجهرية في الجلد، **أما فترة الحضانة فهي طويلة قد تبلغ أحياناً سبع سنوات.**

أعراض المرض:

١- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٢- آلام عصبية مختلفة.

٣- يشعر المريض أحياناً بآلام روماتيزمية الشكل.

٤- حدوث تضخم في العقد الليمفاوية أحياناً.

٥- انسداد أو جفاف في الأنف.

٦- تبدأ الاندفاعات الجسدية بعد ذلك بالظهور.

الأنواع:

يمكن تصنيف الجذام من خلال الأعراض السريرية التي تظهر على المريض إلى ثلاثة أشكال هي:

١- جذام محير Intermediate Leprosy:

هو نوع من الجذام يكون وسطاً بين النوعين السابقين، ويمكن أن يتحول إلى أحد هذين النوعين حسب مقاومة العضوية، كما أن تفاعل الجذامين يتأرجح بين الإيجابية والسلبية.

أعراض المرض:

١- تتضح الإصابة العصبية في هذا النوع من الجذام، وخاصة تضخم الجذوع العصبية مع اضطرابات حسية (نقص أو زيادة الحس) وكثيراً ما ينعدم إحساس المريض بالحرارة، مما يؤدي إلى إصابة المريض بحروق واسعة في جسمه دون أن يشعر بها.

٢- اضطرابات حركية تنجم عن الاضطرابات العصبية.

٣- ضمور في العضلات.

٤- اضطرابات غذائية عامة:

أ- تساقط الشعر.

ب- ضمور الأظافر.

ج- ظهور التقرحات المعاندة للعلاج.

د- حدوث إصابات في العظام والمفاصل تؤدي إلى قسط وتشوهات مفصلية.

٢- جذام نظير التدرني Tubercloid Leprosy:

وهو شكل سليم (نسبياً) للجذام، تبقى فيه مقاومة العضوية جيدة وتعطى ارتكاساً إيجابياً للمصابين به، كما إنه يكون أقل قابلية للعدوى بسبب قلة نفث المريض للعصيات، ولا تصاب في هذا الشكل من الجذام إلا الأجهزة الداخلية.

أعراض المرض:

١- ظهور بقع وتدرنات وحطاطات تتجمع في الجسم على شكل حلقات يقل الحس والتعرق في مركزها.

٢- تخلف هذه البقع والتدرنات بعد تراجعها ندباً ضمورية أو نقصاً في التصبغ.

٣- يظهر في هذا النوع من الجذام إصابة في الأعصاب السطحية تتجلى أعراضه السريرية بـــ:

أ- تضخم في الجذوع العصبية.

ب- خذل الأطراف.

ج- آلام شديدة معاندة للعلاج.

٣- جذام ورمي Lepromatous Leprosy:

هو مرض جلدي شديد الخبث بسبب غنى اندفاعاته الجذامية ومفرزات المريض الأنفية بالعصيات التي يطلقها المريض في محيطه فتنقل العدوى إلى الأصحاء.

أعراض المرض:

١- ظهور اندفاعات ورمية وتدرنات ذات لون أحمر يكون بعضها صغيراً بحجم حبة الحمص وبعضها كبيراً بحجم حبة اللوز.

٢- ظهور سطوح حمامية وأحياناً بقعاً ناقصة أو مفرطة الصباغ.

٣- تساقط شعر الحاجبين.

ونتيجة لظهور الاندفاع في الوجه فإنه يبدو بمنظر خاص يميز المصابين بالجذام والذي كثيراً ما يسمى بالسحنة الأسدية.

وتكون الاندفاعات الجذامية مصحوبة بما يلي:

أ- حدوث نقص أو انعدام الحس فيها.

ب- تصاب في الجذام الورمي الأغشية المخاطية في الأنف والفم والعينين.

ج- حودث إصابات في الكبد والكلية والعقد الليمفاوية.

وبعد أن تشفى الأورام الجذامية تترك مكانها ندبات ضمورية أو تتقرح فتكوّن قرحات عسيرة الشفاء.

سير المرض:

إذا كان الجذام من النوع نظير التدرني فالمريض يبقى متمتعاً بصحة جيدة بشكل عام ويعيش لسنوات طويلة، أما في الشكل الورمي الخبيث فإن المرض قد يؤدي إلى الموت بسبب سوء الحالة العامة للمريض، أو من الاختلاطات والمضاعفات التي يقع فيها المريض، وهو على كل حال مرض مشوه قد يؤدي إلى العجز المطلق.

العلاج:

يعطى المريض الدواء المعروف (دابسون) وهو من مركبات (السولفون) التي قد غيرت تماماً من سير المرض وأصبح بإمكان المريض أن يأمل (بالشفاء)، إلا أن العلاج يكون لفترة طويلة تتراوح من (٣- ٥) سنوات على الأقل، ويكون نجاح العلاج مرتبطاً بالتشخيص المبكر للمرض، بالإضافة إلى تطبيق العلاج في الوقت المناسب.

ويتم حصر مناطق الإصابة وإجراء فحص عام لجميع سكان المنطقة حيث يفحص كل شخص كان له تماس طويل مع المصاب من أهله وأقرانه ويرسل الأشخاص المشتبه بإصابتهم إلى مستشفيات تخصصية تقوم بوضع التشخيص، وبعدها يتم عزل المرضى النافثون للعصيات، حيث يتم علاجهم في مصحات خاصة.

وبهذا الشكل يتمكن من استئصال الداء، وكلما كان تطبيق العلاج باكرا كلما أصبح بالإمكان الحصول على نتائج مرضية.

جرب Scabies:

هو مرض جلدي حاك (تصحبه حكة شديدة) **طفيلي معد، ويعتبر مرضاً غير تناسلياً ولكنه ينتقل من خلال العلاقات الجنسية والتلامس ويحدث احتكاكاً تنتج عنه خدوش ودمامل وبثور وينتشر خاصة في مناطق الإثارة الجنسية مثل منطقة الإبطين والرقبة وبين الفخذين وبين أصابع اليد والرقبة وغيرها.**

ويعتمد حدوث الجرب عالمياً على النظافة العامة والشخصية والظروف المعيشية وتحركات السكان، وينتشر خلال الحروب، ويعزى زيادة انتشاره في أوروبا إلى الإباحية وزيادة التماس الجسدي.

طرق العدوى:

الجرب مرض سريع الانتشار ويصيب كافة الأفراد في أماكن التجمعات السكنية وتنتقل العدوى من إنسان مصاب إلى سليم بالملامسة كما يمكن أن تنتقل العدوى عن طريق استعمال ملابس المصاب غير المعقمة والمناشف الملوثة أو النوم في فراشه.

وينتقل الجرب عادة ليلاً عند التماس المباشر كالنوم معاً في سرير واحد أو الاختلاط الصميمي أو عن طريق الاتصالات الجنسية.

المسببات:

يسبب الجرب طفيلي صغير هو ساركوبتيس سكيبي Scabei Sarcoptes **أو الهامة أو القارمة الجربية، لا يتجاوز طوله** (٠,٣ – ٠,٤) ملم **وتصعب رؤيته بالعين المجردة.**

أعراض المرض:

- **يتصف الجرب بآفته الحطاطية الحاكة التي تنجم عن الطفيلي وتكون هذه الحكة شديدة وباقية** (مثابرة)، **تشتد ليلاً وعند الدفء، كما إنها تزداد بعد الاستحمام، ويبدو على المصاب اندفاعات اكالية على شكل حطاطات مخروطية صغيرة متفرقة وبعلامات واضحة إذا وجدت، وهي بشكل ثلوم بيضاء متعرجة تبدو في نهايتها حويصلات لؤلؤية صغيرة وتنجم الأثلام عن النفق الذي تحفره أنثى الهامة الجربية الملقحة في الطبقة السطحية من البشرة والذي تضع فيه بيوضها، ويبلغ طول هذه الأنفاق** من ٣–١٠ ملم، **وتضع أنثى الساركوبتيس البيض في هذه الأنفاق وبعدها تموت، فيفقس البيض وتنضج الطفيليات الجديدة في** ١٤ يوم **وتعاد الدورة وهكذا.**

- قد تترافق هذه الحالة بحدوث التهابات جلدية بكتيرية ثانوية تالية للحك من بثور ودمامل وغيرها وتقيحها، وبعض هذه الحطاطات يمكن أن تتكيس وتبقى لأشهر حتى بعد العلاج الناجح، وتكون غالباً في المؤخرة أو الأعضاء التناسلية للذكور.
- ينتشر المرض عادة في جلد الجسم عموماً وتقع الاندفاعات الجربية غالباً في المناطق الجلدية الرقيقة مثل ما بين الأصابع وعلى المعصمين وحول المرفق والحافات الأمامية للإبطين والبطن (حول السرة)، وعند الرجال يكون مكانها غالباً في الناحية التناسلية وعلى غمد القضيب بشكل خاص، أما عند النساء فتشاهد على الصدر والثديين، كما يكون مكانها غالباً على الإليتين والعقبين والراحتين عند الطفل الرضيع، ولا يظهر الجرب على الوجه والرأس مطلقاً وقليلاً ما يشاهد على الظهر، ما عدا الجرب الذي يصيب الطفل الرضيع، ولكن في الأشخاص ذوي النظافة الشخصية العالية يكون الطفح محدود في منطقة صغيرة فقط.
- تظهر الإصابة بعد العدوى بأربعة أسابيع تقريباً، ويمكن أن تختلط الإصابة بالتأكزم والتحزز والتقيؤ وظهور دمامل جلدية، ويحب التفريق بين الجرب وحالات حساسية الجلد والأكزيما.

التشخيص:

يمكن أن يتم التشخيص بالفحص السريري وملاحظة وجود الطفح على الأجزاء المثالية من الجسم والأعراض.

ويمكن استخراج الطفيلي من النفق بواسطة إبرة والتأكد من وجودها بالمكبر أو المجهر وهذا هو الفحص الذي يؤكد التشخيص بالضبط.

العلاج:

يعتبر الغسل هو المعالجة المثلى في الجرب ويتم ذلك بأخذ المصاب حماماً جيداً يجري فيه تفريك الجلد لفتح الأثلام الموجودة ثم تطبق المراهم والمحاليل المضادة للطفيلي كمعلق بنزوات البنزيل Benzyl Benzoate بنسبة ٢٥% أو دهان بيريميثرين ٥% Permethrin أو مالاثايون Malathion **حيث يتم دهن كافة البدن ماعدا الوجه والرأس ويترك المحلول** لمدة ٢٤ ساعة **يؤخذ بعدها حمام دافئ، ويستعمل هذا الدهان**

مرة في اليوم مساءً ولمدة ثلاثة أيام متتالية، ويجب بعدها تبديل ثياب المصاب وغسلها وكذلك أغطية الفرش والوسائد وجميع أغطية الأسرة، إذ يجب أن تكون المعالجة جماعية لكافة أفراد العائلة وحتى الذين لم تظهر لديهم أعراض المرض خوفاً من حملهم لهذا الطفيلي، فيعالج أفراد العائلة بالمحلول وذلك كإجراء وقائي لتفادي الإصابة بالجرب، (ويجب الحذر لدى استخدام هذه الأدوية لأنها تؤدي إلى اختلاطات عصبية مهمة).

وفي الأطفال يفضل استعمال مستحضرات الكبريت مثل مرهم ٢,٥% كبريت (يمكن استخدام البريمثرين أو الملاثايون أو البنزايل).

وفي حالات الحكة الشديدة يمكن أستخدام مضادات الهيستامين Anti-Histamines **للتقليل منها، ويجب الأخذ بعين الاعتبار بأن الحكة يمكن أن تستمر لأسابيع بعد القضاء على الطفيلي بالعلاج.**

جسم غريب في العين Eye Foreign Body:

حالة دفاعية تحدث للعين عند دخول جسم غريب فيها.

الأعراض:

- **الإحساس بوجود جسم غريب.**
- **زيادة إفراز الدموع.**
- **احمرار وألم بالعين.**

الإسعافات الأولية

- **تجنب دعك** (فرك) **العين.**
- **غسل العين من الداخل بالماء النظيف.**
- **مراجعة طبيب العيون في حالة استمرار الأعراض.**

إجراءات وقائية:

تجنب الغبار والعواصف الرملية والحرص على لبس النظارة الواقية منعاً من دخول أي جسم غريب في العين، وخاصة عند القيام بالأعمال الحرفية (كالحدادة والنجارة).

جفاف العين Dry Eye:

تفرز الغدد الدمعية دموع بصورة مستمرة وبكمية محدودة مشكلة طبقة دمعية رقيقة تغطي سطح العين، **وتعمل هذه الطبقة على ترطيب العين كما تحافظ على رطوبة ونعومة سطح العين بصورة مستمرة، وتكون هذه الدموع مختلفة عن الدموع التي تفرزها العين في حالات البكاء أو إثارة العين، ويحدث**

جفاف العين عند اضمحلال هذه الطبقة الدمعية في حالات مرضية.

أعراض المرض:

- **الشعور بما يشبه وجود جسم غريب في العين.**
- **الشعور بحرقة أو حكة في العين.**
- **احمرار العين.**
- **تجمع إفرازات مخاطية.**
- **نوبات كثرة الدموع وهي حالة ازدياد الدموع الثانوية من قبل الغدد الدمعية نتيجة إثارة العين بسبب فقدان الطبقة الدمعية الرقيقة.**
- **التذبذب في حدة الإبصار.**
- **صعوبة التأقلم مع لبس العدسات اللاصقة وتزداد حدة هذه الأعراض في آخر النهار، وعند ارتفاع درجة حرارة الجو وسرعة الرياح ومع التدخين في الأماكن المغلقة.**

المسببات:

- **التقدم في العمر وخاصة عند النساء.**
- **أمراض الجفن المزمنة** (التراخوما TRACHOMA).
- **الإصابة بأمراض أخرى خارج العين** (روماتيزم المفاصل المزمن).
- **استخدام بعض الأدوية مثل** (المدررات وأدوية الحساسية والحبوب المنومة).
- **تعاطي المشروبات الكحولية.**

العلاج:

- **استخدام النظارة الشمسية كوقاية من التعرض للمسببات وتفاقم المرض.**
- **استخدام مرطب الجو داخل البيت عند استخدام التدفئة المركزية** (Humidifier).

- تجنب مسببات الجفاف إن أمكن (مثلاً التعرض للهواء أو لدخان السجائر).
- استعمال قطرات الدموع الصناعية والتي تعمل على ترطيب سطح العين.
- استعمال مراهم فيتامين (أ) Vitamin A في حالات خاصة وحسب إرشاد الطبيب.
- إغلاق قنوات تصريف الدموع جراحياً لكي تبقى الطبقة الدمعية لأطول فترة
- ممكنة.

جلطة رئوية Pulmonary Embolus:

وهي إحدى المشاكل الصحية التي تسببها الجلطات أو التخثر الدموي تحصل في العديد من شرايين الجسم أو الأوردة.

تكون الجلطة الرئوية:

لا تتكون الجلطة في شريان الرئة في الغالب وإنما تنتقل إليه من أحد أوردة الجسم، فتمر عبر الجانب الأيمن للقلب لتستقر في أحد شرايين الرئة مسببة انسداداً في هذا الشريان، وفي الغالبية العظمى من الحالات تأتي هذه الجلطة من أحد أوردة الرجلين أو البطن.

المسببات:

تختلف الأسباب المؤدية للجلطة الرئوية اختلافاً كلياً عن الأسباب المؤدية لجلطة القلب والجلطة الدماغية وتشمل:

١- عدم الحركة لفترة طويلة: يمكن أن تحصل خلال السفر الطويل بالسيارة مثلاً أو بالطائرة، لذلك ينصح المسافر دائماً بتحريك الرجلين والمشي بين فترة وأخرى لتحريك الدم في أوردة الرجلين وتقليل احتمال الإصابة بجلطة الرئة.

٢- بعد العمليات الجراحية وخاصة العمليات التي تجرى على مفصل الورك (Hip) أو الركبة (Knee) أو عمليات البطن الكبيرة والتي تتطلب من المريض المكوث في الفراش بعد العملية لفترة طويلة، ويتم في الوقت الحاضر إعطاء غالبية المرضى الذين تجري لهم هذه العمليات أدوية خاصة لغرض منع تخثر الدم وتقليل نسبة الإصابة بالجلطة الرئوية، كما ينصح المريض بمحاولة الحركة في أقرب فرصة بعد العملية وتجنب المكوث في السرير لفترة طويلة.

٣- الحمل والولادة: خلال فترة الحمل وفترة ما بعد الولادة تحصل تغيرات فسيولوجية في جسم المرأة تساعد نوعاً ما على تخثر الدم، وبالتالي فقد تحصل جلطة رئوية أو جلطة وريدية في أحد الرجلين للنساء خلال هذه الفترة ولكن نسبة حدوثها قليلة جداً.

٤- استعمال حبوب منع الحمل: تحتوي هذه الحبوب على مادة الأستروجين التي تزيد نوعاً ما من احتمال الإصابة بالجلطة الرئوية، وإن كان الحبوب التي تستخدم حالياً تحتوي على نسبة بسيطة جداً من الأستروجين واحتمال تأثيرها على الجسم من ناحية زيادة الإصابة بالجلطة الرئوية قليل جداً.

٥- بعض الحالات الوراثية: قد يصاب بعض الأشخاص بالجلطة الرئوية بدون أي سبب واضح وفي أغلب الأحيان يكون السبب وجود استعداد وراثي لديهم لزيادة تخثر الدم في الجسم نتيجة نقص أحد العوامل أو الإنزيمات التي تساعد على سيولة الدم، وفي هذه الحالات تكون عادة الإصابة بالجلطة متكررة.

٦- البقاء في الفراش لفترات طويلة: قد تحصل للأشخاص المضطرين للبقاء على السرير لفترة طويلة، مثل الناس كبار السن المقعدين أو المصابين بكسر في العمود الفقري.

أعراض المرض:

تعتمد أعراض الجلطة الرئوية على حجم الجلطة، فقد تحصل الجلطة الصغيرة بدون أن تسبب أي أعراض أو مضاعفات وقد تسبب الجلطة الكبيرة مشاكل كثيرة كهبوط في الضغط أو ضيق شديد في التنفس، ولكن في غالبية المصابين تكون أعراض الجلطة الرئوية كما يلي:

- ضيق في التنفس.
- ألم في أحد جانبي الصدر يزداد عند أخذ نفس عميق.
- قد يصاحب الجلطة سعال مصحوب بخروج دم، وبما أن الجلطة الرئوية قد تنتج من الجلطة الوريدية في أحد الرجلين فيجب الانتباه لأعراض جلطة الرجلين وهي عبارة عن ألم وانتفاخ واحمرار عادة خلف منطقة الساق (أنظر دوالي الساقين).

التشخيص:

يتم تشخيص الجلطة الرئوية حسب التاريخ المرضي للمريض، **مع الانتباه إلى وجود العوامل المساعدة للجلطة، وهناك فحوصات أولية يتم إجراؤها مثل تخطيط القلب، وقياس نسبة الأوكسجين في الدم، أشعة الصدر، وهذه الفحوصات لا تشخص الجلطة الرئوية وإنما قد تعطي دلالات على وجود الجلطة، والطريقة الوحيدة لتشخيص الجلطة الرئوية** هي إجراء أحد الفحوصات التالية:

١- الفحص النووي لشرايين الرئة (**Perfusion Lung Scan**): **يعطي هذا الفحص صورة تبين مدى وصول الدم إلى مختلف أجزاء الرئة، ومتى ويدل عدم وصول الدم إلى أحد أجزائها على وجود جلطة رئوية، ويتم أجراء هذا الفحص بواسطة جهاز خاص لهذا النوع من الأشعة بعد إعطاء حقنة خاصة لذلك ولا يوجد مضاعفات لهذا النوع من الأشعة.**

٢- **فحص الأشعة المقطعية الحلزوني (Spiral C T Scan): وهذا الفحص هو تطوير للأشعة المقطعية العادية، بحيث يمكن أخذ صورة للرئتين وشرايينها بسرعة كبيرة بعد إعطاء صبغة بواسطة أحد أوردة الذراعين، ويمكن أن يبين هذا الفحص الجلطة في الشرايين الكبيرة نوعا ما، ولكنه غير دقيق لتبيان الجلطة في الشرايين الصغيرة.**

٣- قثطرة الشرايين الرئوية (**Pulmonary Angiogram**): **يعتبر هذا الفحص من أدق الفحوصات لتشخيص الجلطة الرئوية، وهو شبيه نوعاً ما بقثطرة شرايين القلب، يتم فيه إنزال أنبوب مرن دقيق جداً** (Catheter) **من خلال الوريد الرئيسي في الساق وإيصاله إلى شرايين الرئة، ثم يتم حقن صبغة خاصة خلال هذا الأنبوب، وأخذ أشعة لكافة شرايين الرئتين ومعرفة ما إذا كان يوجد جلطة تسبب ضيق أو انسداد في أحد شرايين الرئة.**

ولا يحتاج جميع المرضى لكل هذه الفحوصات، **بل يتم إجراء فحص واحد ويبدأ عادة بالفحص النووي، وإذا تم التشخيص يستغنى عن الفحوصات الأخرى، أما إذا كان الفحص النووي غير واضح أو جازم في التشخيص فيتم اللجوء إلى أحد الفحوصات الأخرى.**

العلاج:

يعطى المريض دواء مسيلاً للدم، وذلك لمنع تكون جلطات أخرى وإزالة آثار الجلطة المتكونة، وهناك نوعين من العقاقير المسيلة للدم:

- الهيبارين (**Heparin**): **يعطى هذا الدواء إما عن طريق الوريد، أو يوجد الآن هيبارين مطور** (Weight Heparin Low Molecular) **يمكن إعطاؤه بإبرة صغيرة تحت الجلد.**
- الوارفرين (**Warfarin**): **يكون بشكل حبوب تؤخذ مرة واحدة في اليوم، تعمل على إبقاء الدم سائلاً وتمنع تخثره.**

وينصح المريض بالدخول إلى المستشفى لغرض بداية دواء الهيبارين عن طريق الوريد لمدة ٥ أيام تقريباً، **ومن ثم الاستمرار في أخذ دواء الوارفرين** لمدة تتراوح ما بين ٣ – ٦ أشهر، **وهذا العلاج كفيل بمعالجة الجلطة الرئوية في معظم الحالات وإزالة كافة آثارها بحيث ترجع الدورة الدموية الرئوية طبيعية تماماً.**

أما في حالة تكرار حدوث الجلطة كما يحدث في الناس الذين لديهم استعداد وراثي لذلك فينصح باستخدام الدواء المسيل للدم طوال الحياة وعدم التوقف عنه.

ويتم أحياناً وضع فلتر خاص في الوريد الرئيسي في البطن لمنع انتقال الجلطات من الرجلين إلى الرئتين في بعض الحالات الخاصة.

ويجب على المرضى الذين يستخدمون دواء الوارفرين إتباع التعليمات التالية:

- **يجب أخذ الدواء في نفس الوقت يومياً.**
- **إجراء فحص مستوى السيولة بشكل دوري أسبوعياً في بداية العلاج، ومن ثم شهرياً لتحديد الجرعة المناسبة للمريض حيث تختلف الجرعة من شخص لآخر حسب مستوى السيولة.**
- **هناك بعض الأدوية** (مثل بعض المضادات الحيوية) **قد تؤثر على مستوى دواء الوارفرين في الجسم، وبالتالي عند أخذ هذه الأدوية يجب فحص مستوى السيولة في الدم بشكل متكرر لغرض تغيير جرعة دواء الوارفرين إذا استدعى الأمر.**

- إخبار الأطباء بما فيهم أطباء الأسنان عند مراجعتهم بأن المريض يأخذ دواء مسيل للدم وذلك لغرض أخذ الحيطة في حالة حاجة المريض لفحص معين أو عملية جراحية بما فيها عمليات تنظيف أو خلع الأسنان.

جلطة قلبية (احتشاء عضلة القلب) Myocardial Infarction (M.I):

تعتبر الجلطة القلبية السبب الأكثر شيوعاً للوفاة في المملكة المتحدة (بريطانيا) إذ تحدث تقريباً ٣٠٠,٠٠٠ جلطة قلبية جديدة سنوياً، ينجو منها ما يقارب ٥٠% فقط من الإصابة الحادة، ويموت ١٠% آخرون في المستشفى، ثم يموت ١٠% من المصابين خلال السنتين التاليتين. (أنظر احتشاء العضلة القلبية)

وتحدث الجلطة القلبية عند المصابين بالتصلب العصيدي التاجي Coronary Atherosclerosis (الذي ينتج عن ترسب الكوليسترول في جدار الشرايين مكوناً كتلاً بارزة داخل تجويف الشريان تعرف باللويحة)، كنتيجة لتمزق اللويحة Plaque مع تشكل الجلطة فوقها، وتتكون هذه الجلطة من لب غني بالصفيحات (الجلطة البيضاء) وجلطة أكبر محيطة بها غنية بالفايبرين Fibrin (الناتج عن سلسلة تفاعلات تخثر الدم وهو المسؤول الأخير عن تكون الجلطة) (الجلطة الحمراء)، وتبدو العضلة القلبية بعد ٦ ساعات من بداية الجلطة القلبية متونمة (متورمة) وشاحبة، ويظهر النسيج المتنخر Necrotic Tissue (نتيجة لموت خلايا عضلة القلب) بعد ٢٤ ساعة أحمر اللون بسبب النزف، ويحدث تفاعل التهابي Inflammatary Reaction في الأسابيع التالية للإصابة فيصبح النسيج المتنخر رمادياً وتتشكل بالتدريج ندبة ليفية رقيقة Thin Fibrous Scar.

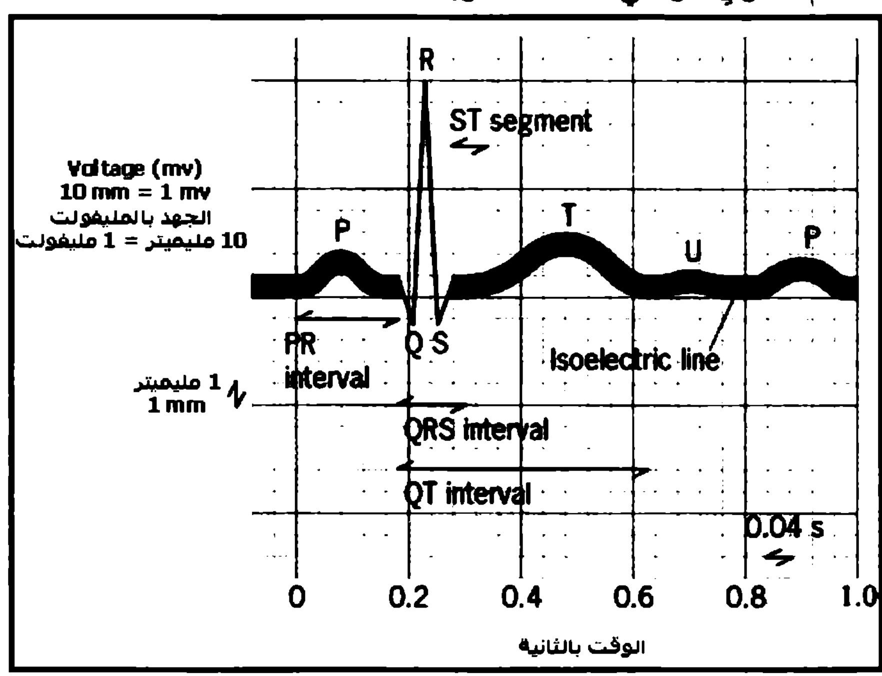
ويؤدي موت الجزء المصاب من عضلة القلب بالجلطة القلبية إلى تغير في حجم وشكل وسماكة ذلك الجزء الذي يترقق ويتمدد، وللتعويض عن هذا التغير تتضخم الأجزاء السليمة من عضلة القلب في المناطق الأخرى من البطين للمحافظة على حجم الدم الذي يخرج من القلب أثناء انقباضه، والذي يسمى بحجم الضربة Stroke Volume.

أعراض المرض:

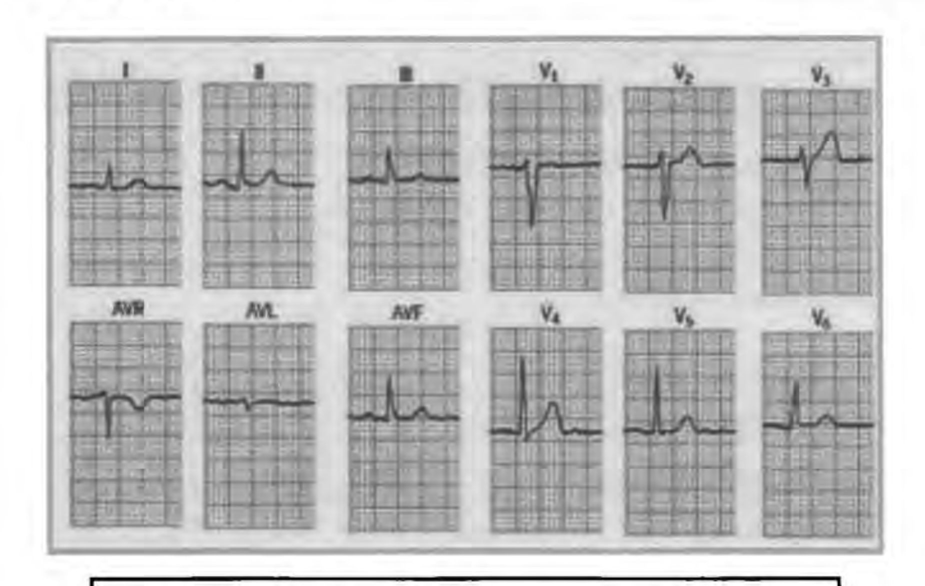
- الشعور بألم شديد في منتصف الصدر يكون على شكل ضغط أو عصر ينتقل إلى الذراع الأيسر أو الذراعين ، أو الفك السفلي والرقبة.

- يبدأ الألم في معظم الحالات بشكل مفاجئ ويدوم ثابتاً لعدة ساعات ولا يزول حتى يعطى المريض مخدر كالمورفين أو البثدين.
- يكون الألم أحياناً شديداً بحيث يشعر المريض بقرب الوفاة.
- ٢٠% من مرضى الجلطة القلبية لا يعانون من أي ألم يذكر وهذا ما يعرف بالجلطة الصامتة Silent Myocardial Infarction، وهي أكثر شيوعاً عند الكهول ومرضى السكر.
- يصاحب الألم التعرق وضيق النفس والغثيان والتقيؤ وعدم الارتياح ، ويبدو المريض شاحباً متعرقاً.
- يحدث أحياناً ارتفاع خفيف في درجة الحرارة 38°م بسبب النخر القلبي خلال الأيام الخمسة الأولى.
- يحتاج تشخيص الجلطة القلبية إلى اثنين من الأعراض التالية:

١ - ألم صدري نموذجي للذبحة الصدرية.



صورة لتخطيط قلب كهربائي طبيعي



رسم توضيحي للموجات الطبيعية في التخطيط القلبي الكهربائي

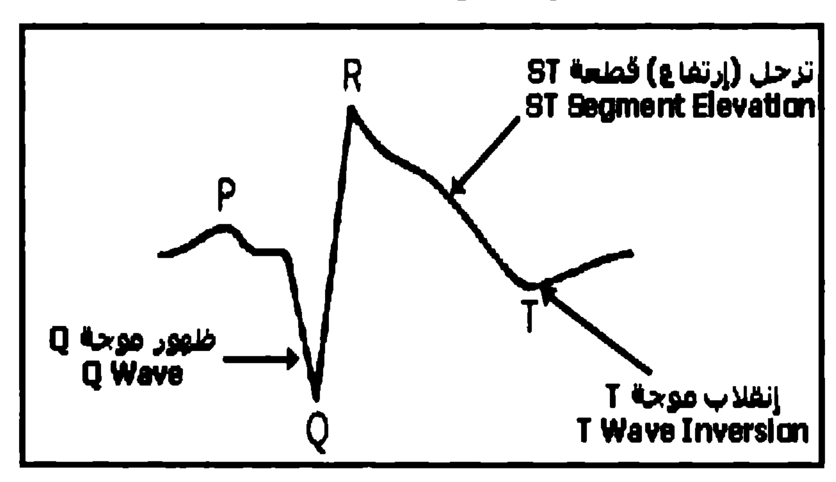
التشخيص:

يتم تشخيص الجلطة القلبية بعد إجراء الفحوصات التالية:

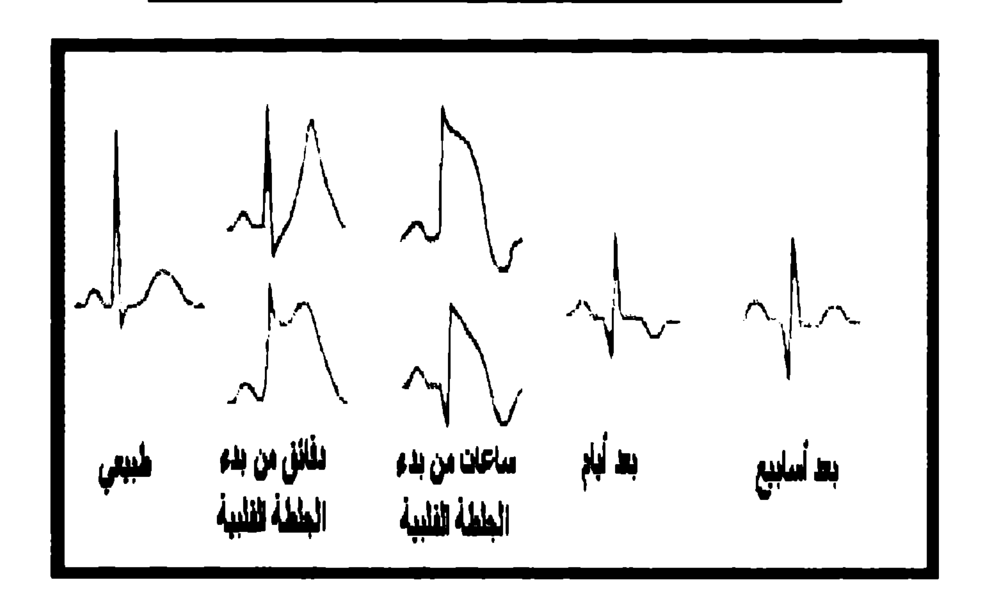
١- تخطيط القلب الكهربائي Electromyocardiogram ECG :

- **ظهور موجة Q في تخطيط القلب، ويشير التطور التدريجي لظهور موجة Q خلال دقائق أو ساعات من الحالة إلى حدوث الجلطة القلبية لكامل جدار العضلة القلبية، وتنتج هذه الموجة عن النسيج القلبي المتجلط الصامت كهربائياً** (خلايا ميتة)، **وتشكل موجات Q عادة التغيرات الدائمة في التخطيط القلبي الكهربائي للجلطة القلبية الشاملة لكامل جدار البطين.**
- **تنتج تغيرات الموجة T والقطعة ST من ECG عن نقص التروية والإصابة القلبية، لذا فهي عادة عابرة** (مؤقتة) **وتحدث فقط أثناء المرحلة الحادة من الجلطة القلبية.**
- **لا تتشكل في الجلطة القلبية تحت الشغاف** (احتشاء تحت الشغاف) Sub-Endocardial Myocardial Infarction، **موجات Q ويسمى هذا النوع**

الجلطة القلبية بدون تشكل الموجة Non Q wave MI Q، لذلك فإن تغيرات موجة T وقطعة ST هي الملامح التخطيطية الوحيدة للجلطة تحت الشغاف.



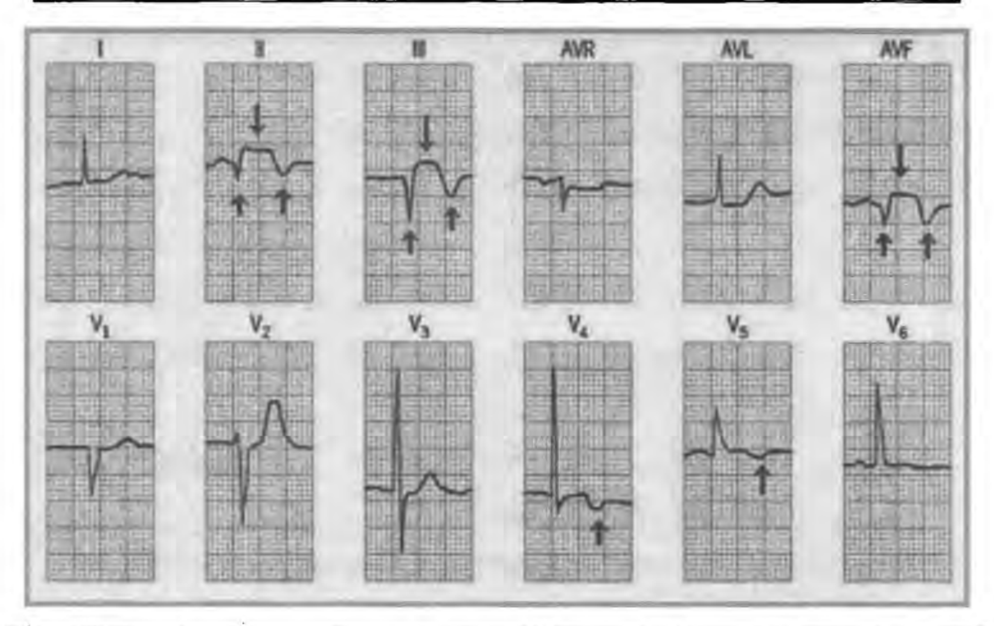
تغيرات تخطيط القلب الكهربائي الناتجة عن الجلطة القلبية



رسم يبين التغيرات التي تطرأ على تخطيط القلب الكهربائي في الجلطة القلبية حسب الفترة الزمنية من حدوثها

وتصيب الجلطة القلبية أجزاء مختلفة من عضلة القلب، وتسمى كل حالة منها:

الجزء المصاب من العضلة القلبية	الاسم
الجزء السفلي Inferior	الجلطة القلبية السفلية Inferior Myocardial Infarction
الجزء الجانبي Lateral	الجلطة القلبية الجانبية Lateral Myocardial Infarction
الجزء الأمامي Anterior	الجلطة القلبية الأمامية Anterior Myocardial Infarction
الجزء الخلفي Posterior	الجلطة القلبية الخلفية Posterior Myocardial Infarction
الجزء الأمامي الجانبي Antero-Lateral	الجلطة القلبية الأمامية الجانبية Antero-Lateral Myocardial Infarction
الجزء الأمامي والحاجز بين البطينين Antero-Septal	الجلطة القلبية الأمامية الحاجزية Antero-Septal Myocardial Infarction



صورة لتخطيط قلب كهربائي لمصاب بالجلطة القلبية السفلى يشير السهم الأزرق لموجة Q ويشير السهم الأحمر لتزحل (ارتفاع) قطعة ST ويشير السهم الأسود لانقلاب موجة T

٢- المعايير القلبية **Cardiac Markers**:

عندما تصاب العضلة القلبية بالنخر القلبي (موت الخلايا) فإنها تطلق إنزيمات وبروتينات عديدة إلى الدم، وتستخدم هذه الإنزيمات والبروتينات في تشخيص الجلطة القلبية وهي:

أ- إنزيم الكرياتين كاينيز **Creatine Kinase CK**:

يصل هذا الإنزيم إلى ذروته خلال ٢٤ ساعة من الإصابة ثم يعود إلى مستواه الطبيعي بعد ٤٨ ساعة من حدوث الجلطة القلبية، وهناك أنسجة أخرى تطلق هذا الإنزيم عند تعرضها للأذى مثل المخ CK-BB والعضلات الهيكلية CK-MM (مثل عضلات الأطراف السفلى) وتؤدي إلى رفع مستواه في الدم، لذا يعمل تحليل نوعي للكرياتين كاينيز الذي مصدره عضلة القلب CK-MB لتكون النتيجة أكثر دقة.

ب- التروبونين النوعي للقلب **Cardiac Specific troponins**:

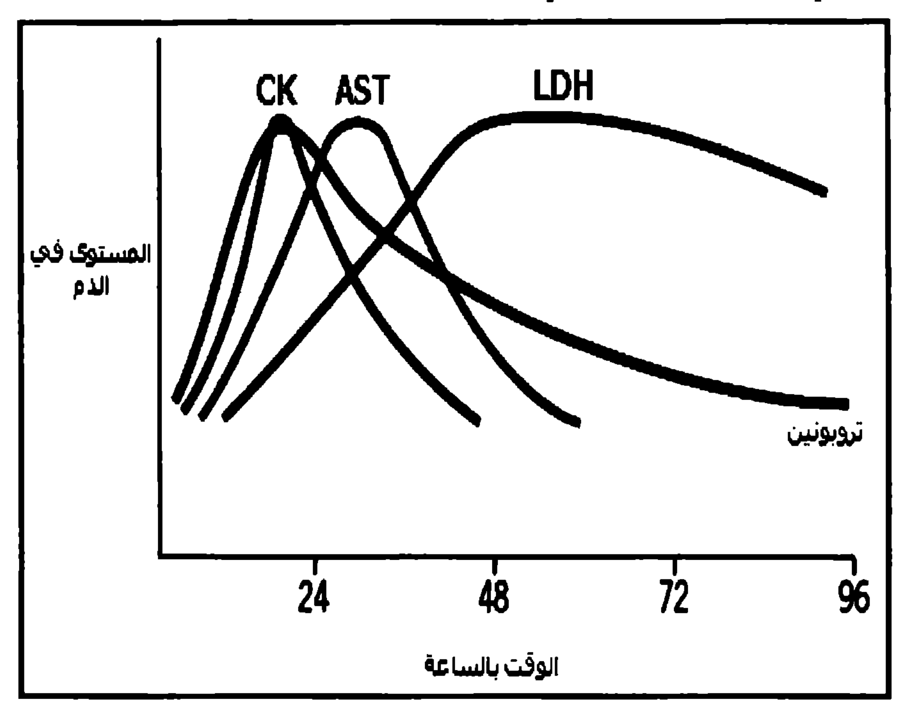
هي عبارة عن بروتينات منظمة Regulatory proteins ذات نوعية عالية جداً للإصابة القلبية ويعتبر وجودها في الدم الدليل القاطع على حدوث تلف وموت لخلايا عضلة القلب ومنها الجلطة القلبية، وهي تروبونين ت Troponin T وتروبونين آي Troponin I وتطلق هذه البروتينات في الدم خلال ٢-٤ ساعات من حدوث الجلطة القلبية وتبقى ٧ أيام، ويعتبر وجود هذه البروتينات في الدم أكثر دقة وحساسية من CK-MB لتشخيص الجلطة القلبية، ويمكن قياسها خلال فترة قصيرة (١٥ دقيقة) من حدوث الجلطة القلبية.

ج- إنزيم أسبارتات أمينوترانسفيريز **AST Aspartate Amino-transferase** وإنزيم لاكتات دي هيدروجيناز **Lactate Dehydrogenase LDH**:

تستخدم هذه الإنزيمات لتشخيص الجلطة القلبية في حالات نادرة، إذ يصل مستوى LDH للذروة بعد (٣-٤) أيام من حدوث الجلطة القلبية، ويبقى مرتفعاً لمدة ١٠ أيام، ويفيد هذا الفحص في تشخيص الجلطة القلبية لدى المرضى الذين يراجعون بعد عدة أيام من حدوث الألم الصدري.

د- قياس المعايير القلبية بشكل دوري متتالي **Cardiac Markers Serial**:

يجب إجراء هذه الفحوصات عند كل المصابين بأعراض مشتبهة بالجلطة القلبية، حيث يثبت تشخيص الجلطة القلبية وجود مستويات أعلى من ضعف الحد الأعلى الطبيعي بالإضافة إلى وجود قصة سريرية بحدوث الألم الصدري، أو مع وجود تغيرات في تخطيط القلب الكهربائي ECG.



مخطط يمثل تغيرات مستوى إنزيمات القلب في الدم بعد حدوث الجلطة القلبية

العلاج:

١- التدبير الأولي خلال المرحلة الحادة **Acute Management**:

- يجب البدء باستخدام الأدوية المذيبة للخثرة الدموية Thrombolysis عند تشخيص الجلطة القلبية مباشرة ودون تأخير، مع مراعاة عدم وجود مضاد استطباب يمنع استخدامها في المريض، وإعطاء المريض أسبرين ١٥٠ ملغم

مضغاً، ومسكن (مخدر) للألم مثل الديامورفين Diamorphine ٥-١٠ ملغم وريدياً مع دواء مضاد للتقيؤ مثل ميتوكلوبراميد Metoclopramide ١٠ ملغم وريدياً أو سيكليزين Cyclizine ٥٠ ملغم وريدياً، ويستطيع العلاج المذيب للجلطة أن يعيد التروية الدموية لعضلة القلب في ٥٠ - ٧٠% من مرضى الجلطة القلبية مقارنة مع عودة التروية العفوية التي نسبتها ٢٠ - ٣٠%، لقد أثبتت الدراسات والتجارب بأن استخدام الأدوية الحالة للخثرة Thrombolysis والتي تسبب تشكيل قناة خلال الجلطة بحل العناصر الغنية بالفايبرين وبالتالي عودة جريان الدم في الشريان المسدود، إلى إنقاص حجم الجلطة وتحسين وظيفة القلب وتقليل نسبة الوفيات، وذلك باستخدامها بأسرع وقت ممكن بعد حدوث الجلطة، حيث أن إعطاء الأدوية المذيبة للجلطة خلال ١٢ ساعة من الألم الصدري ينقص امتداد الأذية القلبية (المنطقة التي تموت من عضلة القلب)، وأكثر الأدوية المذيبة للجلطة استخداماً هو الاستربتوكاينيز Streptokinase ويأتي بعده مصل البلاسمينوجين النسيجي Tissue Plasminogen Activator TPA.

- ينقل المريض بعد ذلك إلى وحدة العناية المركزة Coronary Care Unit CCU ويعطى حاصرات بيتا الوريدية Intravenous Beta Blockers، ويعطى النترات الوريدية Intravenous Nitrates في حالة استمرار الألم.
- يعطى المريض الأوكسجين بتركيز ٦٠% عن طريق الكمام الوجهي Facemask أو القنية الأنفية Nasal cannula.
- بالرغم من استخدام الأدوية المذيبة للجلطة فإن ٢٥% من المرضى لا يحدث لديهم عودة التروية، بالإضافة إلى حدوث عودة الانسداد الباكر في ١٠% من الحالات.
- إجراء قثطرة قلبية مباشرة Immediate Cardiac Catheterization مع إجراء رأب (توسيع) الشريان التاجي خلال الجلد الأولي Primary Percutaneous Transluminal Coronary Angiogrgraphy PTCA للمرضى المصابين بجلطة قلبية في طور التطور أو عند وجود مضاد استطباب لاستخدام الأدوية المذيبة للجلطة.

جدول يبين دواعي الاستطباب ومضادات الاستطباب بالأدوية المذيبة للجلطة (الخثرة) Contraindications to Thrombolysis Indications and.

دواعي الإستطباب Indications:
الألم الصدري النموذجي للجلطة القلبية خلال ١٢ ساعة مع: • تزحل (ارتفاع) القطعة ST للأعلى في تخطيط القلب (دليل على حدوث الجلطة القلبية). أو • حصار غصن أيسر حديث new Left Bundle Branch Block. أو • معايير قلبية (إنزيمات القلب) مرتفعة في الدم.
مضادات الإستطباب المطلقة Absolute Contrindications:
• سكتة دماغية Stroke أو نزف فعال Active Bleeding خلال الشهرين الماضيين. • الضغط الشرياني الإنقباضي Arterial Systolic Pressure أكبر من ٢٠٠ مليمتر زنبقي. • اعتلال الشبكة السكري التكاثري Proliferative Diabetic Retinopathy. • الحمل Pregnancy.
مضادات الإستطباب النسبية Relative Contrindications:
• الإنعاش القلبي المديد و الراض. • جراحة أو رض حديث (خلال أقل من أسبوعين). • استعمال مضادات التخثر Anti-Coagulants أو تأهب معروف للنزف Bleeding Diathesis.
الآثار الجانبية Side Effects:
• حوالي ١% يصابون بالسكتة الدماغية. • ٠,٧% يصابون بنزف دماغي كبير. • أقل من ٢% يتحسسون من الدواء. • هبوط الضغط في ١٠% من الحالات.

٢- التدبير التالي في المستشفى **Subsequent Management:**

- **يبقى المريض تحت المراقبة في وحدة العناية التاجية** CCU لمدة ٤٨ ساعة، **وهي الفترة الحرجة التي قد يحدث فيها توقف مفاجئ للقلب نتيجة لاضطرابات النظم البطينية** Ventricular Arrythmias (عدم انتظام ضربات البطين، رجفان البطين)، **وذلك لإجراء الإنعاش القلبي** Resuscitation Cardiac **العاجل عند الضرورة بواسطة فريق طبي خاص متمرن.**
- **يعطى المرضى الأسبرين** ٧٥ - ١٥٠ ملغم يومياً، **إلا إذا وجد مانع لذلك.**
- **يعطى المريض حاصرات بيتا Beta Blockers لتقليل معدل الوفيات بعد الجلطة القلبية بنسبة ٢٠ - ٢٥% وتقلل حاصرات بيتا من سرعة نبضات القلب وتريحه، كما تقلل من كمية الأوكسجين الذي تحتاجه عضلة القلب، لذا يجب أن يعالج كل المرضى المصابين بحاصرات بيتا إذا لم يوجد مضاد استطباب كما في حالة قصور القلب** Heart Failure.
- **إجراء فحص بالسونار القلبي** Echocardiogram **لحساب الجزء المقذوف من البطين الأيسر أثناء التقلص البطين**Left Ventricular Ejection Fraction LVEF، **ويعطي هذا الفحص فكرة عن عمل القلب وكفاءته بعد الإصابة، وإذا كان** LVEF **أقل من ٤٠% يعطى المريض حاصرات الخميرة** (الإنزيم) **القالبة للأنجيوتينسين** Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors ACEI **لتحسين** نسبة **البقاء على قيد الحياة، وهناك أسباب توجب علاج المريض بـــ** ACEI وهي:

  ١- وجود دليل سريري للإصابة بالوذمة الرئوية.

  ٢- LVEF أقل من ٤٠%.

  ٣-حدوث إحتشاء أمامي واسع مع ظهور موجة Q في تخطيط القلب.
- **يجب معالجة مرضى الجلطة الأمامية الواسعة الكبيرة مع ظهور الموجة Q في تخطيط القلب الكهربائي بمضادات التجلط** (التخثر) **مثل الوارفرين** Warfarin، **لمدة ٣ أشهر.**

- يجب أن يتحرك المريض تدريجياً في اليوم الثاني حيث يكون الألم الصدري قد زال تماماً وأن يمشي بشكل كامل قبل خروجه من المستشفى بخمسة إلى ستة أيام في الحالات غير المختلطة.
- يجرى للمريض اختبار جهد تحت أعظمي Sub Maximal Exercise Tolerance Testing قبل الخروج من المستشفى لمعرفة وجود النبحة القلبية Angina Pectoris بعد الجلطة القلبية.
- يجرى اختبار جهد بالمشي على البساط تحت أعظمي Sub-Maximal Treadmill Testing في اليوم ٤ – ٦ بعد الجلطة القلبية أو الاختبار المحدد بالأعراض في اليوم ١٠ – ١٤ بعد الجلطة القلبية، وإذا كانت النتائج إيجابية يجب تحويل المريض لإجراء تصوير الشرايين التاجية Coronary Angiogram.
- عمل تصوير للشرايين التاجية Coronary Angiogram لجميع مرضى الجلطة القلبية بدون موجة Non Q wave MI Q.
- إعادة تأهيل المريض وتثقيفه عن الجلطة القلبية، وتقديم النصائح له حول تعديل عوامل الخطورة، والتوقف عن التدخين، وكذلك فائدة الحركة المبكرة والتمارين الرياضية، إتباع الحمية وإنقاص الوزن، مراعاة السكر في الدم، عدم القيادة لمدة شهر.

٣- المتابعة Follow Up:

- يشفى معظم المرضى تماماً بعد شهرين من الإصابة ويكونون قادرين على العودة لممارسة أعمالهم.
- يجرى تقييم لمعظم المرضى بعد ٦ – ٨ أسابيع كمرضى خارجيين Outpatients ويجب أن تقيّم عوامل الخطر وتعدّل عند الضرورة.
- يعطى المريض النصائح والأدوية لإبقاء الضغط الشرياني أقل من ١٤٠/٨٥.
- يجب ضبط سكر الدم بشكل صارم.
- يعطى المريض الأدوية الخافضة لشحوم وكوليسترول الدم إذا كانت نسبة الشحوم بعد الصيام لمدة ١٤ – ١٦ ساعة مرتفعة ومعدل الكوليسترول الكلي Total

Cholesterol أكثر من ٥ مليمول/في لتر الدم mmol/Litre ، أو الكوليسترول الضار LDL أكثر من ٣مليمول/في لتر الدم رغم الحمية منخفضة الشحوم.

- يستمر المريض بأخذ الأسبرين بشكل غير محدد.
- يعطى المريض حاصرات ACE بشكل غير محدد طالما استمر سوء وظيفة البطين الأيسر (LVEF > ٤٠%).

المضاعفات:

١- تكون المرحلة الحادة Acute Phase خلال الأيام الأولى التالية للإصابة بالجلطة القلبية (٢ – ٣ أيام)، ويحدث فيها:

- اضطرابات النظم القلبية (اضطراب وعدم انتظام ضربات القلب Cardiac Arrythmias، ومنها خوارج الانقباض البطيني Ventricular Extrasystoles، الرجفان البطيني Ventricular Fibrillation والذي يمكن أن يؤدي للموت المفاجئ.
- الإصابة بقصور القلب (هبوط عمل القلب وعدم كفاءته) Cardiac Failure ويصيب ٤٠% من مرضى الجلطة القلبية.
- التهاب التامور (التامور هي الطبقة الخارجية للقلب) Pericarditis وهي المضاعفات الأكثر حدوثاً في هذه المرحلة.

٢- مضاعفات مرحلة ما بعد المرحلة الحادة، والتي يمكن حدوثها هي:

- جلطة قلبية جديدة New MI.
- صمة خثرية Thromboembolism، وهي عبارة عن جلطة تتحرك من مكانها وتسير في الأوعية الدموية حتى تسد وعاء دموي بعيد عن مصدرها، كما في الخثرة (الجلطة) التي تتكون في الساق ثم تنتقل (كصمة خثرية) إلى الرئة Pulmonary Embolism وتسبب إحتشاء الرئة Pulmonary Infarction أو من القلب إلى المخ مسببة السكتة الدماغية Stroke، حيث أن ١٠% من مرضى الجلطة القلبية تظهر لديهم الأعراض السريرية للصمة الخثرية.

- تمزق الجدار بين البطينين Ventricular Septal Rupture.
- ذبحة قلبية Angina Pectoris.
- قصور الصمام التاجي Mitral Valve Regurgitation .
- تمزق الجدار البطيني (جدار القلب) Free wall Rupture.

٣- أما المضاعفات المتأخرة فتتضمن:

- **متلازمة ما بعد الجلطة القلبية** (متلازمة درسلر) Post MI Syndrome (Dressler's Syndrome) **وهي عبارة عن ألم صدري وحمى و تعب وانصباب التامور** Pericardial Effusion **وذات الجنب** Pleurisy **وإرتشاحات رئوية أحياناً، وتنتج الحالة من تكون أضداد منيعة للذات** Autoimmune Reaction **ضد العضلة القلبية** Anti-Myocardial Auto-Antibodies **وتظهر هذه المتلازمة بعد عدة أسابيع أو أشهر من الإصابة بالجلطة القلبية.**
- **أم الدم البطينية** Ventricular Aneurysm **وهي عبارة عن انتفاخ بالوني يحدث في جدار البطين المصاب في منطقة الجلطة نتيجة لتمدد وترقق الجدار فيها، ويمكن أن يشتكي المريض من قصور القلب أو اضطرابات ضربات القلب أو صمة خثرية جهازية.**
- **اضطرابات النظم القلبية المتواترة** Arrythmias Recurrent Cardiac.

سير المرض:

١- إن المؤشرات الأساسية لسير المرض هي:

- **التقدم في العمر: كلما كان المريض متقدماً في العمر أكثر كلما زادت احتمالات وفاته.**
- **حجم الجلطة: كلما كانت الجلطة أكبر كلما ازدادت نسبة الوفاة.**
- **سوء وظيفة البطين اليسر.**
- **بقاء نقص التروية القلبية.**
- **قابلية حدوث اضطرابات النظم القلبية مقررات ثلاثة مهمة لنسبة البقاء على قيد الحياة.**

جليجل Stye:

هو عبارة عن التهاب بكتيري حاد يصيب بويصلة شعرة رموش العين.

أعراض المرض:

ورم مؤلم في الجفن مع احمرار الجفن وقد يصاحبه خراج.

العلاج:

- **وضع كمادات ماء دافئة على مكان الإصابة.**
- **استخدام مضادات حيوية موضعية.**
- **قلع شعيرات الرموش الملتهبة ببويصلاتها.**

جمرة حميدة Carbuncle:

هي التهاب يصيب سطح الجلد ويتكون من اجتماع عدة دمامل فيبدو السطح متعدد الفوهات ومحتقن، ويقع غالباً على الظهر.

المسببات:

تسببه البكتريا من نوع المكورات العنقودية، وتشاهد الإصابة لدى مرضى السكري.

أعراض المرض:

- **ارتفاع درجة حرارة الجسم.**
- **الشعور بآلام شديدة.**
- **تدهور الحالة الصحية العامة، والإنذار في هذه الإصابة سيئ للغاية.**

جمرة خبيثة Anthrax:

هو مرض معد ينتشر بين الحيوانات آكلة الأعشاب وذوات الحوافر مثل (الأبقار، الماعز، الجمال)، **وقد يصاب الإنسان بصورة عارضة نتيجة مخالطته للحيوانات المصابة أو منتجاتها مثل** (الجلود، الشعر، الصوف، العظام) **أو عن طريق التعرض لتربة ملوثة بحويصلات بكتيريا المرض.**

المسببات:

تسبب مرض الجمرة الخبيثة عصيات أنثراسيز (Bacillus Anthracis) وهي بكتيريا قادرة على التحوصل في الظروف البيئية غير الملائمة مما يمكنها العيش في التربة لسنوات طويلة.



وبائيات المرض:

ينتشر المرض بين قطعان الماشية في أمريكا الوسطى والجنوبية وجنوب وشرق أوروبا وآسيا وأفريقيا ودول الشرق الأوسط.

طرق العدوى للإنسان:

تحدث العدوى للإنسان بأحد الطرق التالية:

١- العدوى عن طريق الجلد: وهي الأكثر انتشاراً وتمثل ٩٥% من طرق العدوى، وتتم العدوى كالتالي:

- ملامسة حيوانات مصابة أو منتجاتها.
- ملامسة تربة ملوثة بالحويصلات حيث تدخل جسم الإنسان عن طريق جرح جلدي أو سحجات جلدية خاصة في المناطق الجلدية المكشوفة (الوجه، الرقبة، اليدين، الرجلين).

٢- العدوى عن طريق الجهاز التنفسي: وهي الإصابة الأكثر خطورة حيث تبلغ نسبة الوفيات فيها ٨٩% من إجمالي الحالات المصابة، وتنتقل العدوى باستنشاق الحويصلات حيث تخرج منها البكتيريا التي تصيب الغدد الليمفاوية الرئوية فتسبب النزيف الدموي وتحلل الأنسجة.

٣- العدوى عن طريق الجهاز الهضمي: يبلغ معدل الوفيات للحالات غير المعالجة من (٢٥ - ٦٠ %) ويرجع السبب في ذلك إلى صعوبة التشخيص المبكر، وتحدث العدوى من خلال تناول لحوم ملوثة أو منتجاتها غير المطهية جيداً.

فترة الحضانة:

تتراوح فترة حضانة المرض من (١-٧) أيام وقد تمتد إلى ٦٠ يوماً.

أعراض المرض:

١-أعراض الإصابة بالجلد:

- بعد دخول الحويصلة داخل الجرح تخرج البكتيريا من الحويصلة وتفرز سمومها مما ينتج عنها حكة وتورم، وفي اليوم التالي تتطور لتصبح بثرة ثم قرحة سوداء الوسط تكون محاطة بهالة حمراء ولذلك أطلق عليها أسم مرض الجمرة الخبيثة.
- تكون القرحة غير مؤلمة ويزداد التورم باستمرار ويصاحب ذلك التهاب الغدد الليمفاوية المجاورة، وإذا لم يتم التشخيص المبكر للحالة وعلاجها فوراً يكون معدل الوفاة ٢٠%.

٢- أعراض الإصابة بالجهاز التنفسي:

- ارتفاع درجة حرارة الجسم.
- صعوبة التنفس.
- سعال.
- صداع.
- تقيؤ.
- رعشة.
- ألم في الصدر.
- تسمم دموي يؤدي إلى نزيف دموي حاد.
- تحدث الوفاة إذا لم يتم تشخيص الحالة ويبدأ بعلاجها مبكراً.



٣- أعراض الإصابة بالجهاز الهضمي:

- تقرحات بالفم والمريء مع غثيان وتقيؤ دموي.
- فقدان الشهية.
- الشعور بمغص حاد أسفل البطن.
- إسهال شديد يكون مصحوباً بدم داكن اللون.

العلاج:

يعطى المصاب المضادات الحيوية المناسبة إذا تم تشخيص الحالة مبكراً.

الوقاية:

١ - الوقاية للإنسان:

- عدم ملامسة الحيوانات المريضة أو منتجاتها.
- عدم أكل اللحوم غير المطهية جيداً.
- التهوية الجيدة في مواقع الصناعات.

- **الوعي الصحي للمواطنين.**
- **تطعيم الفئات الأكثر عرضة للعدوى وهم العاملون في المجالات التالية:**
- **البيطرة.**
- **المختبرات.**
- **صناعة الصوف.**
- **صناعة ودباغة الجلود.**

وتصل كفاءة الطعم إلى ٩٣%.

٢- الوقاية للحيوان:

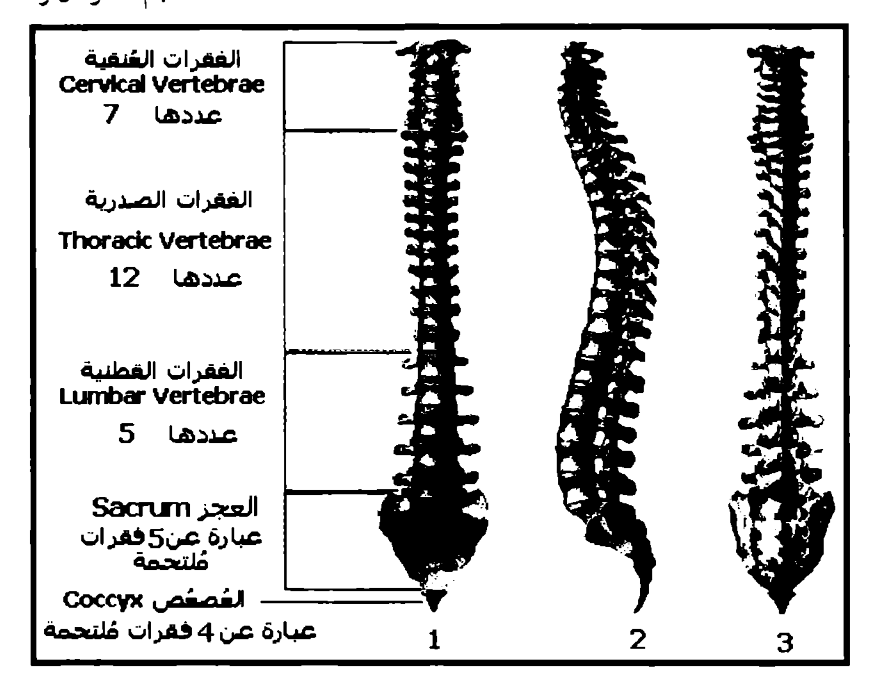
- **عزل الحيوانات المصابة وعلاجها.**
- **حرق الحيوانات النافقة أو معالجتها كيميائياً ثم دفنها على مسافات بعيدة بالتربة.**
- **إجراء التعقيم الدوري للتربة في مواطن الإصابة.**
- **تعقيم الأعلاف للتأكد من خلوها من الحويصلات.**
- **تطعيم الحيوانات بالطعم الواقي.**
- **مراقبة انتقال الحيوانات خصوصاً من البلاد الموبوءة.**

حقائق عن مرض الجمرة الخبيثة:

- **لا تنتقل العدوى من إنسان مصاب بالجمرة الخبيثة إلى إنسان سليم.**
- **الجمرة الخبيثة مرض معد بين الحيوانات العشبية.**
- **لا تنتقل الجمرة الخبيثة عن طريق شرب الحليب المبستر.**
- **ينتقل المرض عن طريق اللحوم الملوثة وغير المطهية جيداً.**

جنف Scoliosis:

تعني باللغة اللاتينية الانحناء، وهو انحناء العمود الفقري Vertebral Column **إلى أحد الجانبين** lateral curvature (اليمين أو اليسار) **بزاوية درجتها أكبر من ١٠ درجات.**



عدد وتسمية فقرات العمود الفقري لدى الإنسان ١- من الأمام ٢- جانبياً ٣- من الخلف

ويصيب الجنف الإناث أكثر من الذكور، ويحدث عادة بعد سن ١٠ سنوات ولكن يمكن حدوثه في الأطفال الرضع، ويحدث الجنف أثناء فترة النمو السريع للعمود الفقري.

وتبلغ نسبة انتشار الجنف حسب درجة زاوية الانحناء كالآتي:

- **زاوية انحناء** ٥ درجات **أو أكبر تحدث في** ٧٧ حالة **لكل** ١٠٠٠ شخص.
- **زاوية انحناء** ١٠ درجات **أو أكبر تحدث في** ٢٥ حالة **لكل** ١٠٠٠ شخص.
- **زاوية انحناء** ٢٠ درجة **أو أكبر تحدث في** ٥ حالات **لكل** ١٠٠٠ شخص.
- **زاوية انحناء** ٣٠ درجة **أو أكبر تحدث في** ٢ حالة **لكل** ١٠٠٠ شخص.
- **زاوية انحناء** ٤٠ درجة **أو أكبر تحدث في** ١ حالة **لكل** ١٠٠٠ شخص.

إن انحناءات الجنف قابلة للتقدم (زيادة درجة الانحناء) **حتى عمر** ٢٥ سنة **وهو العمر الذي يكتمل فيه التحام نتوءات فقرات العمود الفقري** Vertebral Apophyses **في هذا السن.**

الأنواع:

يصف نوع انحناء Curve الجنف الفقرات المصابة بالانحناء من سلسلة العمود الفقري، وكذلك جهة الانحناء (أيمن أو أيسر)، لذلك قد يكون الجنف أحد الحالات التالية:





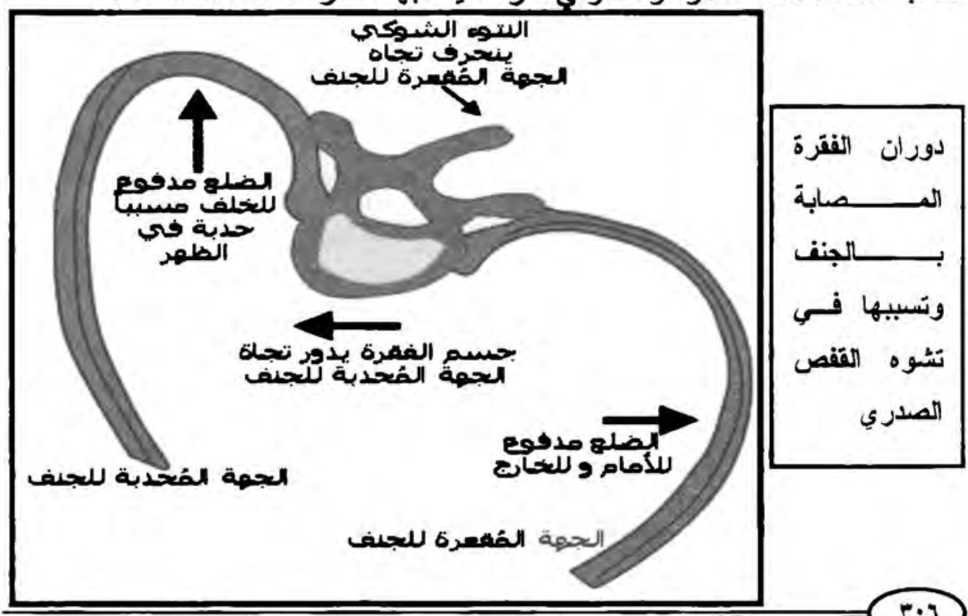
إنحناء صدري قطني
Thoracolumbar Curve

أي الإنحناء يشمل فقرات صدرية وقطنية معاً، أيمن أو أيسر.

انحناء رئيسي مزدوج
Major Curves Double

يحدث فيه انحناء في الفقرات الصدرية وانحناء آخر منفصل في الفقرات القطنية، ويكونان عكس بعضهما في اتجاه الانحناء.

ويحدث في الجنف بالإضافة إلى انحناء الفقرات إلى أحد الجانبين دوران Rotation **فقرات العمود الفقري المصابة في البعد الثلاثي** Dimension Three**، بحيث يكون جسم الفقرة ناحية الجهة المحدبة** Convex **للانحناء والنتوء الشوكي للفقرة ناحية الجهة المقعرة** Concave **للانحناء.**



دوران الفقرة المصابة بالجنف وتسببها في تشوه القفص الصدري

التصنيف:

ينقسم الجنف إلى نوعين أساسيين:

١- **جنف غير بنيوي (غير عضوي) Nonstructural Scoliosis: لا يوجد في هذا النوع خلل في فقرات الظهر، ولكن قد يكون الانحناء بسبب شد عضلي أو ألم ناتج عن انزلاق غضروفي أو التهابات، أو قد يكون نتيجة لوجود فرق في طول الرجلين وتسمى هذه الحالة بالجنف الوضعي** Scoliosis Postural **ويختفي هذا الانحناء عندما ينحني الشخص للأمام في وضعية الركوع.**

٢ - **جنف بنيوي (عضوي) Structural Scoliosis: يوجد في هذا النوع خلل وتشوهات في فقرات العمود الفقري، وينقسم إلى أربعة أنواع:**

أ- **الجنف الغامض** (غير معروف السبب) **Idiopathic Scoliosis:**

وهو أكثرها حدوثاً وانتشاراً حيث يشكل نسبة ٨٠- ٩٠ **% من حالات الجنف عامة، ويحدث في عامة الناس** بنسبة ٢-٤ **%، ويصيب الإناث ضعف الذكور، ويكون الانحناء فيه غالباً صدري وإلى اليمين،** وينقسم هذا النوع من الجنف إلى ثلاثة أنواع وهي:

- **الجنف** الغامض الطفولي **Infantile Idiopathic Scoliosis: ويظهر قبل سن الثالثة من العمر، وغالباً ما يكون هذا الانحناء صدري أيسر** Left Thoracic Curve، **(وهي حالة استثناء لعامة الجنف الغامض)، ويصيب الذكور أكثر من الإناث،** (كذلك حالة استثناء لعامة الجنف الغامض)، **وتتراوح نسبة الشفاء التلقائي** Spontaneous Resolution، **في هذا النوع** من ٢٠% إلى ٩٢% **من الحالات.**
- **الجنف** الغامض الصبياني **Juvenile Idiopathic Scoliosis: يظهر هذا النوع في سن يتراوح** بين ٣ إلى ١٠ سنوات، **ويصيب الإناث أكثر من الذكور، ويكون الانحناء الغالب هو صدري أيمن** Right Thoracic Curve، **أما زاوية الانحناء فتزداد في** ٩٥% **تقريباً من الحالات، و** ٦٤% **من المصابين يحتاجون لعملية جراحية لإصلاح الحالة، وتصل نسبة الشفاء التلقائي** Spontaneous Resolution **في هذا النوع إلى** ٧% **من الحالات.**

- **الجنف الغامض المراهق Adolescent Idiopathic Scoliosis: وهو أكثر أنواع الجنف الغامض حدوثاً، وكذلك أكثر أنواع الجنف بشكل عام حدوثاً، ويظهر هذا النوع في السن بعد** ١٠ سنوات، **ويصيب الإناث أكثر من الذكور، والانحناء الغالب هو صدري أيمن** Right Thoracic Curve.

ب-الجنف الولادي (الخلقي) Congenital Scoliosis:

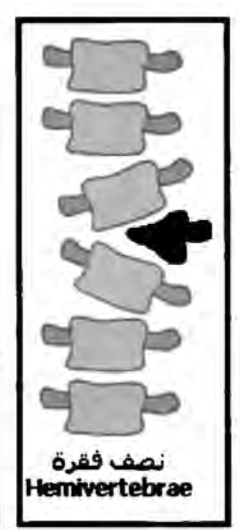
يحدث هذا النوع أثناء تكون الجنين أي يولد الطفل وبه جنف، وأسبابه كثيرة منها:

- **وجود فقرة أو فقرات إسفينية** Wedge Vertebrae، **حيث يكون هناك نقص جزئي في تكون ونمو أحد جانبي الفقرة.**
- **وجود نصف فقرة** Hemivertebrae، **حيث يكون هناك نقص كلي في تكون ونمو أحد جانبي الفقرة.**
- **وجود فشل أحادي الجانب في تفصص الفقرات، حيث يكون هناك فشل في تفصص بعض الفقرات في أحد جانبي العمود الفقري مما يؤدي إلى كون الفقرات منفصلة في جانب وملتحمة في الجانب الآخر، وتسمى هذه الحالة بالقضيب الولادي** Congenital Bar.
- **وجود فشل ثنائي الجانب في تفصص الفقرات، حيث يكون هناك فشل في تفصص بعض الفقرات في كلا جانبي العمود الفقري مما يؤدي إلى كون الفقرات ملتحمة مع بعضها وتسمى هذه الحالة تكتل الفقار** Block Vertebra.

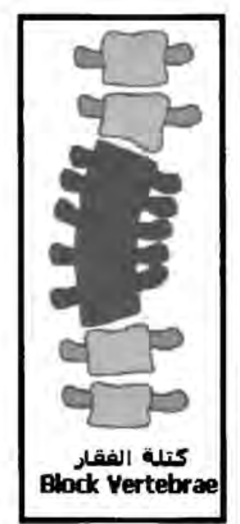
وهناك حالات أخرى وراثية عديدة تسبب الجنف منها:

- **تكون العظام الناقص** Osteogenesis Imperfecta: **ويصيب جميع عظام الجسم.**
- **متلازمة مارفان** Marfan's Syndrome.
- **بعض حالات التقزم.**









الخلل الولادي في العمود الفقري باللون الأحمر

ج-الجنف العصبي العضلي Neuromuscular Scoliosis:

تكون أسبابه إما إصابة العضلات بالشلل نتيجة لأمراض في الأعصاب، أو ضعف في هذه العضلات أو تكوينها.

- **مثال على الحالات العصبية هو الشلل الدماغي** Cerebral Palsy**، شلل الأطفال** Poliomyelitis.
- **مثال على الحالات العضلية هو الحثل العضلي** Muscular Dystrophy، **والونى العضلي الولادي** Amyotonia Congenita.

وتكون هذه الأمراض إما ولادية (خلقية أو وراثية) وإما مكتسبة.

د- الجنف الثانوي Secondary Scoliosis:

يحدث هذا النوع نتيجة لعوامل أو أمراض مثل:

- **بعد العمليات الجراحية** Postsurgical Scoliosis.
- **بعد الإصابات في كسور الفقرات** Posttraumatic Scoliosis.
- **بعد العلاج بالأشعة السينية أي كان السبب** Postirradiation Scoliosis.

- بعد الإلتهابات Postinfectious Scoliosis مثل إصابة فقرات الظهر بالتدرن (السل) Tuberculosis.
- أعراض ثانوية للسرطان التي تصيب الفقرات وتحطمها Secondary to Neoplasia.

أعراض المرض:

- لا يشكو المريض غالباً من أي أعراض إذا كانت زاوية الانحناء صغيرة.
- أما إذا كانت زاوية الانحناء كبيرة فيشكو المريض من آلام الظهر وأعراض ناتجة عن الضغط على الأعصاب التي تنشأ من الحبل الشوكي المار في الفقرات المشوهة.
- التعب بسهولة أثناء بذل المجهود البدني.
- الترنح أثناء المشي.
- عدم استواء جانبي الجسم.
- ميلان الرأس جانبياً.
- يكون أحد الكتفين أو أحد جانبي الحوض أعلى من الآخر.
- تشوه شكل الصدر من الأمام ومن الخلف بحيث يكون أحد الجانبين بارز.
- عدم استواء سلسلة الظهر في المستوى العمودي (أي وجود انحناء).

التشخيص:

يتم التشخيص بالفحص السريري والأشعة، حيث يتم قياس زاوية الانحناء من الأشعة والتي تسمى طريقة كوب Cobb Method ويطلق على الزاوية زاوية كوب Cobb Angle، وتقاس من صورة الأشعة السينية بالطريقة التالية:

- تعيين الفقرات التي تحدد الطرف العلوي والطرف السفلي للانحناء، وتكون هذه الفقرات أشد فقرات الانحناء ميلاناً تجاه الجهة المقعرة للانحناء.
- يرسم خط مستقيم يمر بالطرف العلوي للفقرة العلوية للانحناء وخط مستقيم آخر يمر بالطرف السفلي للفقرة السفلية للانحناء.
- تحسب الزاوية التي تقع عند تقاطع هذين الخطين وهي زاوية الانحناء.

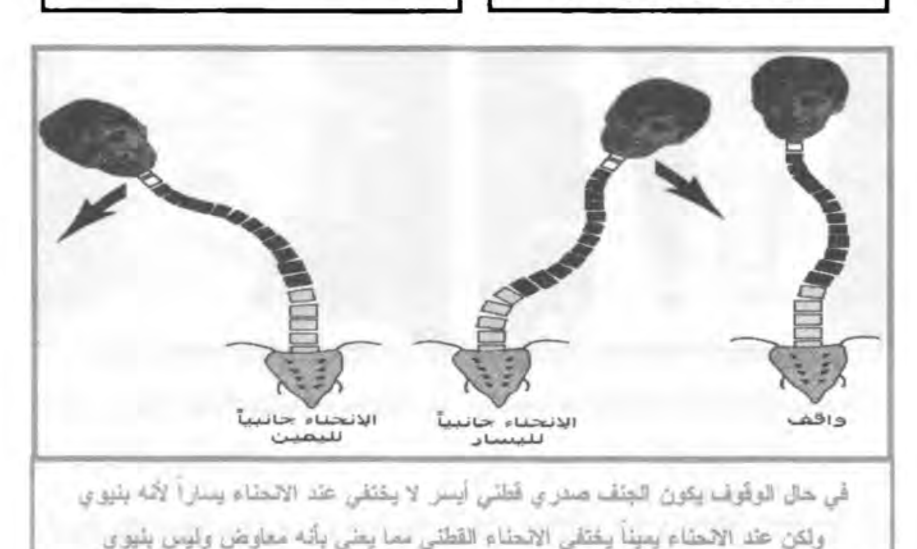
كما يمكن بالأشعة معرفة ما إذا كان الجنف بنيوي أو معاوض (تعويضي) Compensatory Curvature، فالانحناء المعاوض يحدث نتيجة للانحناء البنيوي ليتوازن الجسم، تؤخذ صورة أشعة للشخص وهو منحني جانبياً لليمين وأخرى وهو منحني جانبياً لليسار، مما يؤدي إلى اختفاء الانحناء المعاوض ولكن الانحناء البنيوي يظل، وتفيد هذه الطريقة كذلك في معرفة مرونة العمود الفقري لدى المريض.



صورة أشعة سينية تبين كيفية حساب درجة زاوية كوب الزاويةb هي زاوية الانحناء وتساوي الزاويةa وتساوي 70°



صورة لأشعة مقطعية بالحاسوب Computerized Tomographic Scan CT تبين حساب الزاوية بالكمبيوتر



في حال الوقوف يكون الجنف صدري قطني أيسر لا يختفي عند الانحناء يساراً لأنه بنيوي ولكن عند الانحناء يميناً يختفي الانحناء القطني مما يعني بأنه معاوض وليس بنيوي

العلاج:

يعتمد علاج الجنف على شدة درجة زاوية الانحناء وعلى نوع الجنف، فالجنف الثانوي مثلاً يكون العلاج بالدرجة الأولى موجه ضد المرض المسبب للجنف، وهناك علاجات تحفظية Conservative Treatment تجرى للمريض وإذا فشلت فلا يوجد علاج سوى العملية الجراحية.

١- علاج الجنف الغامض الطفولي حسب درجة زاوية الانحناء:

- إذا كانت زاوية الإنحناء أقل من ٢٥ درجة، تتابع حالة المصاب وتحسب زاوية الإنحناء في الأشعة السينية X-Ray على فترات زمنية منتظمة.
- إذا كانت زاوية الإنحناء أكبر من ٢٥ درجة، يستخدم الحزام Scoliosis Brace لتصحيح الإنحناء وهناك أنواع متعددة منه.



صورة أشعة سينية X-Ray لمصاب بالجنف



تم تصحيح الجنف باستخدام حزام ميلواكي
Milwaukee Brace

يتم تصحيح الإنحناء جراحياً بعد فشل العلاج التحفظي (الطرق السابقة) **وزيادة درجة زاوية الإنحناء.**

٢-علاج الجنف الغامض الصبياني حسب درجة زاوية الإنحناء

- **إذا كانت زاوية الإنحناء أقل من** ٢٥ درجة، **تتابع حالة المصاب وتحسب زاوية الإنحناء في الأشعة السينية** X-Ray **على فترات زمنية منتظمة.**
- **إذا كانت زاوية الإنحناء من** ٢٥ **إلى** ٤٠ درجة، **يتم استخدام الحزام لتصحيح الإنحناء، ويستخدم البعض الحزام لزاوية انحناء من** ٤٠ إلى ٥٠ درجة **حسب مرونة العمود الفقري.**
- **يستخدم الحزام للانحناءات الصغيرة التي تزيد زاويتها بسرعة إلى زاوية قدرها** من ٢٠ إلى ٢٥ درجة.
- **تصحيح الإنحناء جراحياً إذا كانت زاوية الإنحناء أكبر من** ٤٠ درجة **وكان العمود الفقري غير مرن، وللانحناءات التي زاويتها أكبر من** ٥٠ درجة.

٣- علاج الجنف الغامض المراهق حسب درجة زاوية الإنحناء:

- **إذا كانت زاوية الإنحناء** ٣٠ درجة، **تتابع حالة المصاب وتحسب زاوية الإنحناء في الأشعة السينية** X-Ray **على فترات زمنية منتظمة.**
- **إذا كانت زاوية الإنحناء من** ٣٠ إلى ٤٠ درجة، **يستخدم الحزام لتصحيح الإنحناء.**
- **يستخدم الحزام للانحناءات التي تزيد زاويتها بسرعة، مثال مريض عمره** ١٢ سنة **تزيد لديه زاوية الإنحناء** من ١٦ إلى ٢٦ درجة خلال سنة.
- **يتم تصحيح الإنحناء جراحياً إذا كانت زاوية الإنحناء أكبر من** ٤٠ درجة.

العلاج الجراحي:

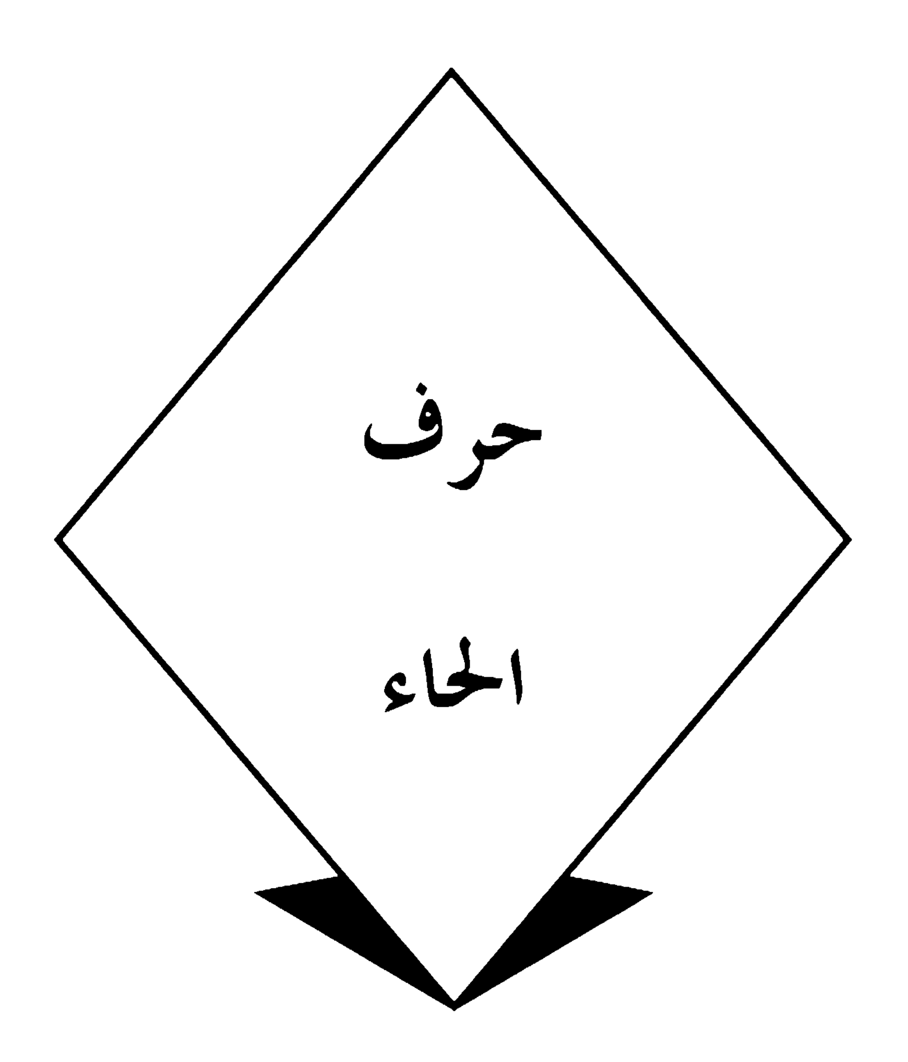
تعتمد جميع العمليات الجراحية التي تجرى لتصحيح الجنف Scoliosis Orthosis **دمج** Fusion **الفقرات المصابة بالجنف مع بعضها، وقد يكون هذا الدمج أمامي** Anterior Fusion **أو دمج خلفي** Posterior Fusion، **مع استخدام أنظمة جراحية لتصحيح الجنف وهذه الأنظمة عبارة عن قضبان وبراغي تثبت بفقرات العمود**

الفقري للتقليل من زاوية الإنحناء وجعل الفقرات مصطفة بشكل عمودي قدر الإمكان، ومن هذه الأنظمة قضيب هارينغتون Harrington Rod وهو نظام مستخدم منذ الخمسينات وهو متعدد الخطاف والقضبان Multiple Hook-Rod System .

المسح للجنف Scoliosis Screening:

للوقاية دور كبير في تشخيص الأمراض في بدايتها وعلاجها لتجنب حدوث مضاعفات للمريض، ويعتبر المسح أحد أنواع الوقاية الأولية، حيث يتم فحص شرائح المجتمع المعرضة للإصابة بالمرض، للتعرف على المصابين به دون أن تكون هناك شكوى، ويتم مسح الجنف للشرائح التالية:

- الرضع عند بلوغ سنة من العمر.
- الأطفال عند بداية الحياة الدراسية (دخول رياض الأطفال).
- الطلبة عند بداية سن المراهقة.


حرف
الحاء



حب الشباب (عد شائع) Acne Vulgaris:

وهو أكثر الأمراض الجلدية شيوعاً، وهو التهاب مزمن يصيب جُريب الشعر (Hair Follicle) والغدد الدهنية (Gland Sebacious) الموجودة في الجلد، **وهو يصيب جميع الأعمار ولكنه يظهر بشكل كبير في سن المراهقة وقد يمتد إلى الخامسة والعشرين من العمر.**

ولحب الشباب تأثير نفسي وعاطفي شديد على المصاب وخاصة إذا كان من النوع الشديد أو ترك آثار وندب على الوجه.

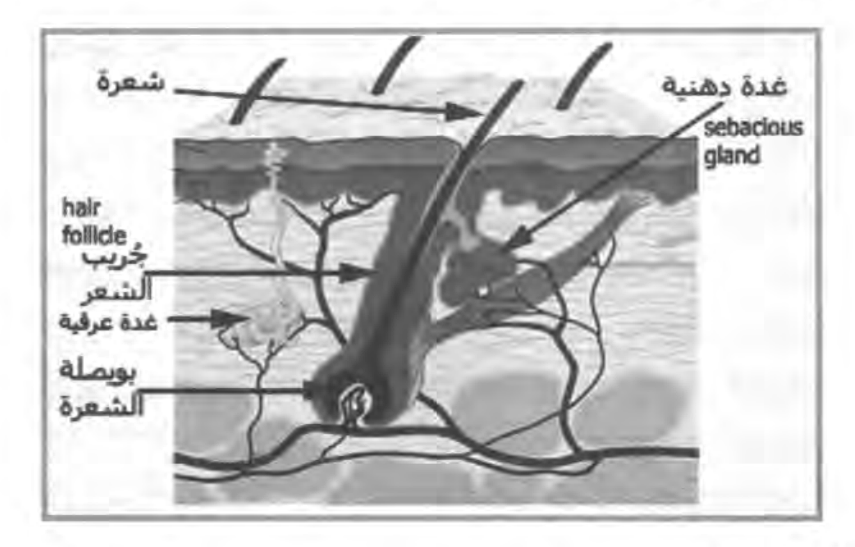
مراحل تكون حب الشباب:

١- **زيادة حجم الغدد الدهنية وكذلك إنتاجها وإفرازها للزُهم** Sebum (المادة الدهنية) **في الجلد لتأثرها بزيادة إفراز الهرمونات الذكرية** Androgens **التي تفرزها الغدة الكظرية** Adrenal Gland **في مراحل البلوغ.**

٢- **زيادة تقرن** Keratinization **جُريب الشعر مما يؤدي إلى انسداده وتجمع الزُهم به.**

٣- **تتكاثر وتنمو البكتيريا من نوع بروبايونيباكتيرم أكينس** (Propionibacterium Acnes) **والتي توجد بشكل طبيعي في الجلد، حيث أن البيئة الغنية بالزُهم** (المادة الدهنية) **واللاهوائية نتيجة الانسداد، مناسبة جداً لنموها وتكاثرها.**

٤- **تقوم كريات الدم البيضاء بمكافحة البكتيريا وينتج عن ذلك إفراز مواد كيماوية تحث كريات دم بيضاء أخرى على التوجه لمكان الإصابة** (Chemotaxis)، **فينتج عن ذلك كله إفراز مواد كيماوية أخرى تسبب التهاب جُريب الشعر والغدد الدهنية وبالتالي ظهور حب الشباب.**



العوامل المساعدة:

- اضطراب إفرازات هرمونات الغدية: **يلعب اضطراب إفرازات الهرمونات الغدية وخاصة الغدد الجنسية والنخامية في هذه المرحلة من العمر دوراً كبيراً في ظهور حب الشباب.**
- **عدم استقرار الحالة النفسية للشاب أو الفتاة في هذه السن.**
- **الضعف العام والإرهاق.**
- **فقر الدم.**
- **الإمساك المزمن.**
- طبيعة البشرة والعادات السيئة المتبعة في تنظيفها: **يظهر حب الشباب على البشرة كثيرة الدهنية، حيث أن البكتيريا من عصيات عدية وغيرها تنمو وتتكاثر في هذه البيئة المستعدة.**

أعراض المرض:

ينتشر حب الشباب على الوجه والظهر والصدر ويبدأ عادة بظهور العديد من الزوءان الذي ينجم عن حدوث انسداد في قنوات الغدد الدهنية بسبب حدوث زيادة في تقرن خلايا البشرة، **ثم يقع الصباغ في مركزها على شكل نقطة سوداء، وبدخول العصيات المسببة لحب الشباب من فتحات الحويصلات المتسعة يحدث تفاعل التهابي،**

يؤدي إلى تشكل البثور ذات الرؤوس الحادة وحولها احمرار بسيط، وإذا ما ضغطت هذه البثور خرجت كتلة دهنية صغيرة مع قليل من القيح والدم.

وإذا أهمل هذا الشكل البسيط من حب الشباب تطور إلى أحد الشكلين التاليين:

١- حب الشباب الغلفموني: يمتد الالتهاب إلى النسيج الخلوي تحت الجلد مشكلاً عقيدات أو خراجات .

٢- حب الشباب التضخمي (Acne Vulgaris Comedone): يظهر في هذا النوع عدداً من الزوءان الذي يتضخم حين يضغط باليد مع ارتشاح التهابي، مؤدياً لتشكيل عقد ذات أحجام متباينة قد يصل حجمها إلى حجم حبة البندق، وهو من أكثر الآفات تشويها للوجه وإزعاجاً للمريض بما تسببه من إفرازات قيحية لا تنضب وندبات معيبة.

وهناك عدة أنواع من العد منها:

- عد الرضيع (Acne Neonatal): وهو اندفاعات حطاطية بثرية تظهر على الأطفال الرضع بسبب وصول هرمون البروجستيرون من الأم إلى الوليد، ويصيب هذا النوع من العد الإناث خاصة.
- العد الدوائي: يظهر هذا النوع من العد على النساء اللواتي يستعملن عقاقير مانعات الحمل والتي يدخل هرمون الكورتيزون في تركيبها.
- العد المهني: ويسمى أيضاً حب المازوت ويظهر على العاملين في المغاسل والتشحيم.
- العد الوردي (Rosacea): ويظهر هذا النوع من العد عند المتقدمين في السن.

لا يوجد تقسيم معين لحب الشباب ولكن يمكن تقسيم المرض حسب الشدة، خفيف ومتوسط وشديد وكذلك حسب نوع البثور الموجودة وذلك لاختيار العلاج المناسب للمصاب:

١- البثور تحت الجلد Comedonal Acne.

التشخيص:

يكون تشخيص الحالة مباشرةً من الأعراض والبثور ولا توجد حاجة لعمل تحاليل معينة للتشخيص.

أما بالنسبة للفتيات اللاتي يعانين من حب الشباب الشديد، فيجب التأكد من عدم وجود حالة زيادة الهرمونات الذكرية لديهم Hyperandrogenism، والتي تكون مصاحبة بزيادة شعر الجسم Hirsuitism وعدم إنتظام الدورة الشهرية، **مع أن نسبة قليلة جداً من الإناث تكون مصابة بحالة مرضية مثل مرض تكيس المبايض** Polycystic Ovary Syndrome **والتي تؤدي إلى زيادة الهرمونات الذكرية.**

ويصبن الكثير من الإناث بزيادة حب الشباب نتيجة للتقلبات الهرمونية أثناء الدورة الشهرية والحمل والضغط النفسي، وإذا كان هنالك شك في إحدى الحالات السابقة فلا بد من عمل تحليل للهرمونات، ويجب أن يكون التحليل مشتملاً على:

١- **هرمون التستوستيرون في الدم** Total and Free Testosterone.

٢- **الهرمون المحفز للجريب** Hormone Follicle Stimulating.

٣- **الهرمون المُلوتن** Leutinizing Hormone.

٤- **هرمون البرولاكتين** Prolactin Hormone.

٥- **هرمون ديهيدروابياندروستيرون** Dehydroepiandrosterone DHEA.

الوقاية:

يجب أن يمتنع المصاب عن ضغط هذه البثور أو عصرها باليد بتاتاً، **وغسل الوجه، على الأقل مرتين يومياً، بالماء الفاتر وصابون خفيف أو بدائل الصابون اللطيفة والخفيفة على الجلد أوالصابون الطبي الخاص و تجنب المستحضرات المُقشرة الشديدة والتي تنشف الجلد، كما يجب الانتباه أثناء الغسل أو التنشيف إلى عدم دلك الوجه باليدين، وإنما يكتفي برشق الماء على الوجه دون أن يفركه ويجب أن يتم الغسل بالماء الفاتر.**

ويؤثر نوع الطعام المتناول على ظهور حب الشباب وانتشاره، **لذلك يجب أن يتبع المصاب نظام خاص من الحمية يمتنع فيه عن تناول الحلويات والمآكل الحريفة والحادة الحاوية على الفلفل والبهارات والمخللات، ويمتنع عن تعاطي المشروبات الكحولية، ويخفف قدر الإمكان من النشويات والمنبهات** (الشاي والقهوة) **وكذلك تجنب المأكولات التي تحتوي على كمية عالية من اليود** Iodine.

العلاج:

يجب معالجة السبب مثل علاج الإمساك أو الاضطرابات الهرمونية أو فقر الدم بما يلزم.

أ-**العلاج الموضعي Topical Treatment للحالات الخفيفة:**

١- **تستعمل في الحالات الخفيفة المطهرات الموضعية والمجففة للدهن مثل محلول الريزوسين أو حامض الصفصاف الكحولي بتركيز (١ - ٣%) أو المعلق الكبريتي أو محلول هيكزوميدين وغيرها.**

٢- **يستعمل بنزويل بيروكسايد** Benzoyl Peroxide، **وهي مادة قاتلة للميكروبات وفعالة ضد البكتيريا المسببة للالتهاب في حب الشباب، ويتوفر بتراكيز مختلفة** (٢,٥%-٥%-١٠%) **وعلى شكل مرهم أو كريم أو جل أو صابون، ويفضل استخدامه مع المراهم التي تحتوي على مستخلصات** فيتامين أ Retinoids **والتي تزيل الطبقة القرنية** Keratolytic **على البثور لتسهيل عملها، هذه المادة ممكن أن تسبب تهيج الجلد فيفضل اختبارها على جلد اليد قبل وضعها على الوجه.**

٣- **تستعمل المضادات الحيوية الموضعية** Topical Antibiotics، **والتي أثبتت فاعليتها ضد البكتيريا وفي تخفيف الالتهاب وتستخدم لحب الشباب ذو البثور القيحية والمضادات المستخدمة هي ايروثرومايسين** Erythromycin ١,٥% **و كلندامايسين** Clindamycin١%، **وتوجد مستحضرات من المضادات الحيوية مخلوطة مع بنزويل بيروكسايد لفاعلية أكبر مثل بنزامايسين** Benzamycin **المركب من ايروثرومايسين ٣% مع بنزويل بيروكسايد ٥%.**

٤- **الريتينويدز الموضعية** Topical retinoids، **حامض** فيتامين أ (tretinoin) **والمستحضرات الجديدة وتعمل على إزالة الطبقة القرنية والحد من زيادتها كما تعمل على تخفيف الالتهاب، وهي جيدة للبثور تحت الجلد خاصة، ويزيد استخدامها مع البنزويل بيروكسايد من فاعليتها ضد البكتيريا، وهذه المركبات تسبب تهيج الجلد وتقشره والمستحضرات الجديدة منه أخف مثل جل أو كريم أفيتا** Avita، أو ريتن-أ ميكرو micro Retin-A. **وكذلك المستحضرات**

الجديدة من الريتينويدز مثل أدابلين Adaplene الاسم التجاري Differin، أو تازاروتين Tazarotene الاسم التجاري Tazorac، وتعمل هذه المستحضرات على مستقبلات حامض الريتونيدز Retinoic acid receptors في الجلد للحد من تقرن الجلد وكذلك الالتهاب، وكلا المستحضرين يسببان تهيج واحمرار وتقشر الجلد وحكة.

٥- وهناك مستحضرات موضعية أخرى، مثل حامض الأزيليك Azelaic acid Skinoren الذي أثبت فاعليته في علاج حب الشباب وكذلك علاج تلون الجلد الناتج عن الحالة، ويسبب هذا المستحضر حكة وحرقة في الجلد.

ب- العلاج المجموعي **Systemic Treatment** للحالات المتوسطة والشديدة:

١- تستعمل المضادات الحيوية عن طريق الفم Antibiotics Oral، وخاصة دواء التتراسايكلين (Tetracycline) لعدة أسابيع في الحالات المتوسطة مشركة مع الفيتامينات وخاصة (فيتامين أ وفيتامين ب١ وفيتامين ب٢ وفيتامين ث)، وهي مستخدمة منذ سنوات، ولا يستخدم التتراسايكلين أثناء الحمل وللأطفال (تحت سن الثانية عشر) لأنها تسبب تلون الأسنان، وكذلك ماينوسايكلين Minocycline ودوكسي سايكلين Doxicycline. ويجب استعمال المضادات الحيوية بانتظام لتجنب تكوين البكتيريا مقاومة ضد هذه المضادات.

٢- يستعمل مستحضر ايسوتريتنيون Isotretinoin الاسم التجاري Accutane وهو مستحضر مستخلص من فيتامين أ ويعمل مثل مستحضرات الريتينويدز الموضعية، ويستخدم في حالات التكيس والعقد الشديدة، ويجب استعماله تحت إشراف الطبيب الأخصائي لأن له آثار جانبية عديدة وتشمل: تيبس الجلد وجفاف العين والشفاه وآلام في المفاصل والعضلات وتساقط الشعر وتحطيم خلايا الكبد وارتفاع الدهون الثلاثية في الدم، وأهم الآثار الجانبية خطورة هي التشوهات الخلقية للجنين أثناء الحمل والكآبة والانتحار، لذلك يجب متابعة أخذ هذا الدواء مع طبيب متخصص وتجنب الحمل لمدة سنة ونصف بعد التوقف عن استخدام الدواء لضمان سلامة الجنين.

٣- العلاج بالهرمونات Hormonal Therapy، تستخدم حبوب منع الحمل Oral Contraceptives في بعض الحالات المتوسطة الشدة، لأنها تعمل على خفض الهرمونات الذكرية، ويجب اختيار النوع المناسب لأن بعض حبوب منع الحمل تحتوي على هرمونات تتحول إلى هرمونات ذكرية في الجسم مما يزيد من شدة الحالة، وكذلك دواء سبايرونولاكتون Spironolactone له تأثير مضاد للهرمونات الذكرية ويستخدم في حالات الانتكاسات (زيادة الحالة) وفي الحالات التي تشتد قبل الدورة الشهرية والحالات التي لم تستجيب للعلاجات الأخرى.

٤- في الحالات الشديدة غير المستجيبة للعلاج الدوائي يمكن اللجوء إلى اللقاحات البكتيرية وإلى العلاجات المناعية كالإستدماء الذاتي.

٥- يمكن استخدام الأشعة فوق البنفسجية ولكن بحذر شديد.

٦- في حب الشباب النوع الكيسي يستخدم الكورتيزون ، حقناً داخل الكيسة وبتمديد معين.

حبيبوم تقيحي (ورم عنقودي نازف) Granuloma:

هو نوع من الأورام الحميدة المشتقة من طبقة الأدمة في الجلد، ويسمى أيضاً الورم الحبيبي المتقيح، وهو عبارة عن ورم وعائي شائع جداً ومكتسب، يكون ذو سطح أملس ملون بلون أحمر، سريع النزف والتقرح، سريع التشكل خلال أسبوع أو أسبوعين، ويعالج بالتخثر الكهربائي (المشرط الكهربي)، ويحدث غالباً نتيجة لتعرض الجلد إلى وخز أو رض.

حروق شمسية Sunburn :

تحدث الحروق الشمسية نتيجة التعرض الشديد والمديد لأشعة الشمس وتظهر بشكل بقع حمامي حارقة، وإذا استمر التعرض تحدث الحروق الشمسية وخاصة إذا حصل التعرض في وقت الذروة أي بين الساعة العاشرة صباحاً والثانية بعد الظهر.

الوقاية:

تكون الوقاية بالابتعاد عن التعرض لأشعة الشمس ما بين الساعة العاشرة صباحاً والثانية بعد الظهر، أو استخدام المراهم الوقائية من أشعة الشمس.

العلاج:

- استعمال المراهم السنزويدية لوقف حالة الارتكاس.
- وضع الكمادات الباردة.
- يعطى المريض دواء الأسبرين.
- استخدام المراهم الواقية من أشعة الشمس عند التعرض لها، مثل حامض بارا أميو بنزويك بنسبة ٥%.

حزاز منبسط Lichen Planus:

هو مرض جلدي مزمن مجهول السبب حاك جداً، يظهر في معظم الحالات بعد التعرض لصدمة نفسية أو اضطراب في الجهاز العصبي، ويعتقد البعض بوجود حمة راشحة (فايروس) **يسبب هذا المرض ولا زالت هذه نظرية تفتقر إلى برهان.**

أعراض المرض:

- **ظهور حطاطات بشرية أدمية يتراوح حجمها بين بضع مليمترات وحتى حجم حبة العدس أو أكبر،** وتمتاز هذه الحطاطات بما يلي:

أ- لونها أحمر مائل إلى البنفسجي.

ب- حدودها مدورة أو مسطحة أو مضلعة واضحة وسطحها منبسط.

ج- يحتوي مركز هذه الحطاطات على انخماص أو شبكة من خيوط بيضاء.

د- تكون الحطاطات لماعة بحيث تعكس النور الجانبي.

هـ- هذه الحطاطات غير وسفية ولكنها حاكة جداً.

و- تميل الحطاطات إلى الاتساع من محيطها مما يؤدي إلى اتصالها ببعضها على شكل سطوح حطاطية واسعة وكثيراً ما تكون مفرطة التقرن.

ع- تترك هذه الحطاطات في مكانها عند الشفاء بقعاً مصطبغة سمراء اللون تزول مع مرور الزمن.

ف- كثيراً ما يرافق الإصابة حدوث اندفاعات على الأغشية في باطن الفم والمهبل والشفرين الصغيرين، فتبدو هذه الاندفاعات على شكل تشجرات بيضاء قد تكون متقرحة ومؤلمة، وإذا أصيبت فروة الرأس بهذه الحطاطات فإن هذه الإصابة تترك مكانها ثعلبة ندبية (ضياع الشعر).

العلاج:

يعطى المصاب بالحزاز المنبسط الأدوية المهدئة ومركبات البروم كما تعطى الفيتامينات وخاصة الفيتامين (ب١) بالعضلة.

ويعطى المصاب في الهجمات الحادة المضادات الحيوية واسعة الطيف أو الكورتيزونات علاجاً داخلياً عن طريق الفم، أما العلاج الخارجي فيعطى محاليل أو مراهم مضادة للحكة أو الكورتيزون.

حساسية Allergie:

هو تفاعل يحدث في الجسم لأشخاص لديهم تحسس لبعض المواد **وقد تكون إحدى المواد غير الضارة لشخص غير مصاب بالحساسية سبباً لحدوث أعراض تتراوح ما بين أعراض شديدة وخفيفة إذا ما تعرض لها شخص مصاب بالحساسية، وتحدث الإصابة بالحساسية للشخص في أي وقت، ولكن يبدأ ظهور الأعراض في معظم الأحيان في مرحلة الطفولة.**

وتشمل الصور العامة للحساسية الربو القصبي وحمى القش والحساسية الأنفية التي يطلق عليها اسم التهاب الانف التحسسي الدائم، **ومنها ما يتظاهر بأعراض رئوية أو جنبية، وهناك أنواع أخرى من الحساسية وهي الأكزيما والشرى والصداع التحسسي والاضطرابات الهضمية التحسسية، وهذه بعض الأنواع من الحساسية التنفسية.**

١-حساسية غبار الطلع: **وهي إصابات ناجمة عن غبار الطلع تحدث في فصل الربيع ونادراً ما تظهر الإصابة قبل السنة العاشرة أو بعد الخمسين من العمر فهي مرض الشباب وتخف مع تقدم السن تدريجياً.**

أعراض المرض:

١- أعراض زكام: **وهو زكام يبدأ فجأة بشكل وخز وحكة في الأنف تزداد وتسبب عطاساً متكرراً مع سيلان أنفي غزير وسيلان الدموع وحكة في العينين وصداع وطنين في الأذنين وتتكرر نوبات الزكام هذه عدة مرات في فصل الربيع وقد تحدث كل يوم ولا تزول إلا بزوال غبار الطلع.** وتترافق هذه النوبة بوهن شديد مع ارتفاع في درجات الحرارة أحياناً وأرق وفي بعض الأحيان تحدث الأكزيما.

٢- ربو الطلع: وهو نادر الحدوث ويظهر بشكل نوبات من الربو الصريحة وتحدث بعد إصابة أنفية.

العلاج:

تكون المعالجة على نوعين:

أ- المعالجة العرضية والمؤقتة: حيث تقوم على المعالجة الموضعية في الأنف باستعمال قطرات الأدرينالين والأفيدرين كما تعطى الأدوية المضادة للهستامين وأحياناً يستعمل الكورتيزون في بعض الحالات.

ب- المعالجة الشافية: التي تتم بإزالة التحسس النوعي وهذا أمر يطول علاجه.

٣- الحساسية الأنفية الجيبية: وتصيب هذه الحالة النساء أكثر من الرجال وكثيراً ما تترافق بإصابات ربوية وتظهر بشكل التهاب الأنف التحسسي الوعائي الحركي.

أعراض المرض:

يحدث سيلان أنفي غزير وانسداد الأنف ويطلق عليه اسم الزكام التشنجي أو التهاب الجيوب التحسسية وقد يكون خفياً لا يكشف إلا بالأشعة أو شديداً.

العلاج:

تتم المعالجة بإعطاء المريض مضادات الهستامين والكورتيزون ولا يجوز اللجوء إلى الجراحة في معالجتها.

٤- الحساسية الحنجرية الرغامية القصبية: تظهر بشكل نوبات من عسرة التصويت (Dysphoie) أو عدم التصويت وتحدث فجأة لدى أشخاص مصابين بالربو أو مصابين بالحساسية أو بشكل:

- سعال تشنجي: يشاهد في حالة التهاب القصبة الهوائية والقصبات التشنجي، وقد يكون منفرداً أو مترافقاً بزكام تشنجي وهو سعال شديد جداً يحدث بشكل نوبات مديدة وينتهي بقشع أبيض.
- النشبة الحنجرية: هو عبارة نوبات من السعال يؤدي إلى فقدان الوعي مع انقطاع النفس وتحدث عند الرجال البدينين خاصة ما بين (٤٠-٥٠) من العمر، ومعالجة هذه الحالة صعبة إذ أنها تقوم على معالجة المرض المسبب وهو غالباً ما يكون إصابة قصبية رئوية مزمنة.

٥- الحساسية القصبية: أهم أشكالها الربو بالإضافة إلى بعض الأعراض الظاهرة ومنها:

- **النزلات القصبية التحسسية: وأهم أعراضها حدوث سعال مصحوب بقشع غزير، وتبدأ هذه الأعراض إما فجأة أو بعد حدوث التهاب في الأنف وتتصف بمعاودتها الدورية والفصلية، وخاصة في فصلي الربيع والصيف ولا تترافق هذه النزلات بارتفاع في درجات الحرارة، ويكون القشع مخاطياً بشكل كثيف وقد تحدث وذمة في الغشاء القصبي المخاطي مع علامات لالتهاب القصبات الموضعي أحياناً.**

إن هذا الشكل من الالتهاب القصبي التحسسي غالباً ما يكون بداية للإصابة بالربو التحسسي يظهر بعد عدة سنوات لهذا السبب يطلق عليه اسم التهاب القصبات قبل الربو.

أو قد يختلط الالتهاب القصبي التحسسي بالالتهاب الثانوي فيتحول إلى التهاب قصبي بكتيري.

- **بعض التوسعات القصبية حيث تكون الحساسية هي السبب في ٤٠-٧٠% من التوسعات القصبية الخفية أو الظاهرة.**

وإن الحساسية القصبية مع السعال التشنجي والنزلات القصبية التحسسية تشكل أهم أسباب الربو فهي من نفس طبيعة ومنشأ الربو التحسسي وقد تسبق ظهور نوبات الربو الاشتدادية أو إنها ترافقها أو تتناوب معها.

المسببات:

هناك مواد تسبب الحساسية تعرف بالمواد المحسسة وتشمل هذه المواد التي تسبب معظم حالات الربو وحمى القش وحساسيات الجهاز التنفسي الأخرى غبار المنزل وبعض أنواع الفطر الصغيرة وحبوب اللقاح وقشور أو شعر الحيوانات الأليفة الموجودة بالمنزل، **وقد تسبب أغذية كثيرة تفاعلات الحساسية وتشمل هذه الأغذية الشكولاته ولبن البقر والبيض والقمح وبعض الأغذية البحرية وخاصة الأسماك الصدفية ومن المواد المحسسة الشائعة المواد المضافة إلى الأغذية مثل المواد الملونة للغذاء والمواد الحافظة،**

وهناك عوامل وراثية بالنسبة لبعض أمراض الحساسية كالربو وحمى القش والاكزيما والتهابات الانف التحسسية الدائمة وبعض أنواع الصداع التحسسي.

أعراض المرض:

يتفاعل الشخص المصاب بالتحسس مع مادة محسسة معينة أو عدة مواد كان الجسم قد تعرض لها من قبل وتحفز هذه المواد الجسم لإنتاج بروتينات تسمى أجساماً مضادة، وتتفاعل المواد المحسسة بعد ذلك مع الأجسام المضادة حيث تفرز خلايا الجسم مواد معينة في الدم وسوائل الجسم الأخرى، وتسبب هذه المواد التي يطلق عليها اسم المواد الهائية حدوث تفاعلات في خلايا أو أنسجة أخرى، ويحتمل أن يسبب كثيراً من المواد الهائية تفاعلات الحساسية في الناس والحيوانات.

ويعتبر الهستامين المادة الهائية الرئيسية التي تسبب الحساسية عند الناس، وتؤثر المواد الهائية التي تفرز في الجسم على أنسجة تحسسية مستهدفة، وتشمل معظم هذه الأنسجة الشعيرات الدموية أو الغدد المخاطية أو العضلات الملساء، كما يسبب الهستامين بوجه عام تضخم الشعيرات الدموية وإفراز الغدد المخاطية وشداً في العضلات الملساء.

العلاج:

لا يوجد علاج شافي تماماً من المرض وقد يستطيع المصاب تجنب أعراض مرض تحسسي معين وذلك بتجنب المواد المحسسة التي تسببه، وبالرغم من ذلك فإنهم يظلون حساسين لهذه المادة، ويمكن منع المضاعفات من خلال التحكم في الحساسية، وإذا ابتدأ العلاج في معظم الحالات بمجرد التعارف على الأعراض الأولى واستمر على أسس منتظمة فإن ذلك يؤدي إلى نتائج علاجية طيبة، وتميل الحساسية إلى الأسوأ في حالة عدم علاجها أكثر من ميلها إلى الأحسن، وفي بادئ الأمر يفحص الطبيب المريض ويشخص وجود مرض تحسسي من خلال أعراض المرض، وتستخدم اختبارات جلدية دقيقة للتعرف على المواد المحسسة التي سببت المرض، ويحقن الطبيب أكثر المواد المسببة للحساسية شيوعاً في مناطق متفرقة تحت الجلد مباشرة، حيث تؤدي المواد التي تسبب حساسية عند المريض لاحمرار الجلد وتورم خفيف في موضع الحقن ويسبب هذا الإجراء بعض المتاعب الخفيفة ولكنها سرعان ما تزول.

وهناك علاج يطلق عليه اسم إنقاص الحساسية أو إزالة الحساسية يفيد في بعض أنواع حساسية الجهاز التنفسي، **وخاصة الربو وحمى القش والتهاب الانف التحسسي الدائم، ويستهدف هذا العلاج على وجه التخصيص التفاعل بين المواد المحسسة والجسم المضاد، ويحقن الطبيب المريض بجرعة متناهية الصغر من حبوب اللقاح أو أي مادة محسسة أخرى بصفة منتظمة، وفي معظم الحالات يحقن المريض مرتين أسبوعياً لمدة شهرين تقريباً، ثم يحقن مرة واحد في الأسبوع، ثم يزيد الطبيب بعد ذلك من كمية المادة المحسسة المستعملة تدريجياً حتى يصل إلى جرعة يطلق عليها اسم الجرعة الاستمرارية، وتسبب الحقن في هذه الحالة تكوين أجسام مضادة مع المواد المحسسة، وهذا ما يؤدي إلى تفاعل ضئيل مع المواد المحسسة التي تترك طليقة بدون اتحاد مع الأجسام العادية المضادة للحساسية.**

حساسية الأنف **Allergic Rhinitis**:

هي نوع من أنواع الحساسية، تحدث لبعض الأشخاص عند التعرض للغبار أو أي رائحة نفاذة حتى ولو كانت عطراً، ومنها ما يستمر عدة أشهر إلى عدة سنوات.

التشخيص:

يجب اجراء عدة اختبارات مختبرية للتأكد من الحالة، ومن هذه الفحوصات:
Skin Prick Test، Total IGE R.A.S.T، .

أعراض المرض:

- **نوبات عطاس شديدة.**
- **حكة في العين عند التعرض للغبار أو لرائحة نفاذة.**

الأنواع:

ومن هذه الحساسية نوعان:

- **حساسية موسمية.**
- **حساسية دائمية وتكون على نوعين: الحادة والمزمنة.**

العلاج:

يعطى المصاب الأدوية المضادة للحساسية، وإذا تأكد من وجود محسس معين بعد الفحوصات، فيمكن إعطاءه علاجاً لفترة محددة ويسمى العلاج Desensitisation Course، كما يمكن استعمال أحد العلاجات التالية:

- حبوب مضادات الهستامين Anti Histamine.
- حبوب زيديتين Zaditen.
- بخاخ Becconase Nasal Spray.
- بخاخ Flixanase Nasal Spray.
- وفي الحالات الشديدة يفضل إعطاء الكورتيزون وبإشراف خاص من قبل الطبيب المعالج.

الفرق بين الحساسية والربو:

لا يوجد فرق بين الحساسية والربو من الناحية العلمية، حيث أن آلية المرض واحدة في الاثنين ويشعر الأطفال بضيق في الشعب الهوائية، مع تكون البلغم، ولكن الفرق هو في درجة تضيق الشعب الهوائية الذي يزداد إلى حد كبير في حالة الأزمة الربوية، وفي نسبة كبيرة جداً من الحالات تختفي المشكلة تماماً، وعلى العكس تماماً إذا بدأت الأزمة لأول مرة في سن كبيرة، فعادة ما تستمر مع الإنسان وتسمى ربواً، أي أن الحساسية أخف بكثير من الربو من حيث شدة المرض وزواله، وعلى الأم مراعاة بعض التعليمات مثل:

١- تجنب الأشياء التي تهيج الصدر، كالروائح والعطور والسجائر، أو بعض الأطعمة التي ثبت أن لها علاقة بالحساسية بعد أكلها مباشرة.

٢- مراجعة الطبيب فوراً عند بدء الزكام أو السخونة.

٣- قد يفيد تطعيم الأنفلونزا عندما تكون الحساسية شديدة عند بعض الأطفال.

حساسية الأنف الموسمية Seasonal Allergic Rhinitis:

هي نوع من أنواع الحساسية الواسعة الانتشار وتعتبر من أكثر مشاكل الحساسية شيوعاً، **وتكون هذه الحساسية في الغالب، ويزداد ظهورها في شهري سبتمبر**

وأكتوبر من كل عام وفي بعض الحالات تكون على مدار السنة، ويختلف الموسم الذي تأتي به هذه الحساسية من دولة لأخرى تبعاً لطبيعة وتركيز النباتات والأشجار وموسم حبوب اللقاح في هذه الدولة، ومن الصعب تجنب التعرض لحبوب اللقاح هذه لأنها تظل في الجو لفترة طويلة، وتنتقل لمسافات بعيدة تصل إلى عشرات الأميال بفعل الرياح والعوامل الجوية.

المسببات:

١- موسم حساسية الأنف الموسمية يكون عادة في الموسم التي تظهر فيه حبوب اللقاح والتي تكثر عادة في شهري سبتمبر وأكتوبر من كل عام.

٢- وجود زوائد لحمية في الأنف.

أعراض المرض:

- عطاس شديد متكرر.
- احتقان الأنف.
- انسداد في مجرى التنفس.
- حكة شديدة في الأنف.
- احمرار وانتفاخ في العينين وزيادة في الإفرازات الناتجة من العين.

العلاج:

يمكن السيطرة على هذا النوع من الحساسية بصورة فعالة باستخدام بعض أنواع الأدوية المضادة للحساسية في الوقت المناسب ويستخدم في بعض الحالات الشديدة علاج Immunotherapy المتعارف عليه بأبر الحساسية أو (Vaccines).

وتعتبر الأدوية المضادة لمادة الهستامين (Antihistamines) هي خط الدفاع الأول لعلاج حساسية الأنف، أو للتخفيف من أعراض العطاس المستمر والحكة.

أما مشكلة الاحتقان وانسداد الأنف فيستخدم بخاخ الكورتيزون أو قطرة الكورتيزون المخصصة للأنف، والأفضل البدء في استخدامها بشكل منتظم قبل أسبوعين تقريباً من بداية الموسم، والاستمرار باستخدامها طوال الموسم لأنها تساعد كثيراً في السيطرة على أعراض الحساسية، ولا يوجد أي خوف أو مشاكل جانبية من

استخدام هذا الدواء الموضعي، ولكن يجب التحذير من استخدام حقن الكورتيزون خصوصاً طويلة الأمد، لأن حقنة واحدة تكفي للسيطرة على أعراض حساسية الأنف طوال الموسم، وهذه الحقن لها أعراض جانبية لأن مادة الكورتيزون تعطى في العضل وليس على شكل قطرة موضعية في الأنف.

حساسية الجلد (التهاب الجلد التماسي) Allergic Contact Dermatitis:

(أنظر التهاب الجلد التحسسي التماسي)، تقسم حساسية الجلد إلى نوعين:

- **التحسس الجلدي المباشر، أي نتيجة مباشرة لتماس المحسس** (المادة المحسسة) **مع الجلد** (Dermatitis Direct Irritant Contact).
- **التحسس الجلدي غير المباشر** (التهاب الجلد التماسي التحسسي)**، وهو ينتج من تحسس الجلد لمادة ما من قبل** (Dermatitis Allergic Contact).

الجدول التالي يبين الفروق بينهما:

الفرق	التهاب الجلد التحسسي المباشر Direct Irritant	التهاب الجلد التحسسي غير المباشر Allergic Contact
تعرض الشخص للمحسس سابقاً	غير ضروري	ضروري
أجزاء الجسم المتأثرة	الجزء المتعرض للمحسس مباشرة	الجزء المتعرض للمحسس مباشرة مع أجزاء بعيدة عن موضع التماس
القابلية	أي شخص بنسب متفاوتة حسب تركيز المحسس	فقط بعض الأشخاص معرضين للتحسس
حالات جلدية أخرى مصاحبة	الأشخاص المصابون بالحساسية (الأتوبيا، الأكزيما)	استخدام المراهم لمدة طويلة لحالات جلدية مزمنة (مثل قرح الرجل)
التوقيت	سريع خلال ٤-١٢ ساعة تظهر الأعراض من أول مرة يتعرض فيها الشخص للمحسس	بعد ٢٤ ساعة من التعرض للمحسس أو بمدة أطول ولا تظهر الأعراض من أول مرة يتعرض فيها الشخص للمحسس

حصبة Measles Rubeolla:

هي مرض فايروسي معدي جداً وواسع الانتشار، **والإنسان هو المضيف الوحيد لفايروس الحصبة، ويبقى الفايروس معدياً لعدة ساعات في قطيرات** Droplets **وينتشر من شخص لآخر بالاتصال المباشر عن طريق إفرازات الجهاز التنفسي التي تتطاير مع سعال وعطاس المريض، وتنتشر الحصبة على شكل وباء** Epidemics **بين الأطفال من سن ٢-٥ سنوات في الدول التي لا ينتشر فيها التلقيح ضد الحصبة منتشر.**

المسببات:

يسبب هذا المرض فايروس الحصبة وهو من فصيلة فايروسات باراميكسو Paramyxoviruses **التي تحتوي على الحامض النووي** RNA **ولها غلاف خارجي.**

فترة الحضانة:

تتراوح فترة حضانة الحصبة ما بين ٨-١٤ يوم.

أعراض المرض:

تنقسم أعراض الحصبة السريرية إلى مرحلتين هما:

١- المرحلة البادرية Prodromal Phase:

تتزامن هذه المرحلة مع دخول الفايروس إلى الدم بعد فترة الحضانة، وتظهر على المريض أعراض تسمى بالأعراض البادرية Prodromal Symptoms**، وتسبق ظهور طفح الحصبة الجلدي** وتكون أعراضها وملامحها كالآتي:

- **سعال.**
- **زكام.**
- **التهاب ملتحمة العين.**
- **ارتفاع درجة حرارة الجسم.**
- **فقدان الشهية.**
- **تدوم المرحلة البادرية من (٢-٤) يوم ويكون المريض وقتها معدي جداً لغيره.**
- **تتميز هذه المرحلة بظهور بقع كوبلك** Spots Koplik's**، وهي عبارة عن بقع صغيرة رمادية اللون** (أو أبيض مزرق) **على قاعدة حمراء اللون تظهر في سقف**

وبطانة الفم يتراوح عددها من عدة بقع إلى المئات منها، وتظهر قبل الطفح الجلدي بيومين وتختفي عادة عند ظهور الطفح الجلدي وقد تستمر أحياناً لمدة يومين بعد ظهوره، ويعتبر وجود بقع كوبلك دليل قاطع على تشخيص الحصبة.

- يمكن حدوث التهاب للقصيبات الهوائية Bronchiolitis في هذه المرحلة من المرض، أو داء الرئة الفايروسي (التهاب الرئة الفايروسي) Viral Pneumonitis، أو الخانوق Croup.

٢- مرحلة الطفح الجلدي **Eruptive Phase**:

- يظهر الطفح الجلدي أولاً في منطقة الصدغين والجبهة وخلف صيوان الأذن، وينتشر سريعاً في الوجه ثم يشمل جذع الجسم والأطراف بما في ذلك راحة اليدين وباطن القدمين، ويكون الطفح الجلدي حطاطي الشكل فقاعي Maculopapular وحمامي Erythematous. ويكون المريض معدياً للغير من ٤ أيام قبل ظهور الطفح الجلدي ويومين بعد ظهور الطفح الجلدي.
- تكون بقع الطفح الجلدي مختلفة في الحجم وغير منتظمة ومتفرقة ولكنها يمكن تتلاقى مع بعضها في الوجه وجذع الجسم لتكّون بقع لطخية كبيرة Confluent Blotchy Areas.
- يتزامن ظهور الطفح الجلدي مع ظهور أضداد ضد فيروس الحصبة في الدم.
- يحدث لدى بعض المرضى اصطباغ بني للجلد بعد الطفح الجلدي Post-Measles Staining.

يختفي الطفح الجلدي بعد أسبوع من ظهوره.

المضاعفات:

- قد تحدث التهابات بكتيرية ثانوية في الجهاز التنفسي، مثل التهاب الرئة البكتيري Bacterial Pneumonia والتهاب الأذن الوسطى Otitis Media.
- التهاب دماغي شوكي (التهاب أنسجة الدماغ وأنسجة الحبل الشوكي أو النخاعي) Encephalomyelitis.
- قد يحدث التهاب في عضلة القلب Myocarditis أو التهاب الكبد Hepatitis.

- التهاب الدماغ الشامل التصلبي تحت الحاد Subacute Sclerosing Pan-Encephalitis، ويحدث عادة في الرضع دون سن السنة والنصف بعد إصابتهم بالحصبة.
- تكون الحصبة شديدة على الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية Mal-Nutrition كما يكون هناك احتمال كبير لإصابتهم بالالتهابات التي يسببها فايروس الحلأ البسيط Herpes Simplex Virus (فياروس هيربيس سيمبليكس).
- الأشخاص الذين يعانون من نقص في المناعة، أي كان سببها، يصابون بحصبة شديدة جداً والتهابات في الرئة.

حصبة لانمطية (غير النموذجية) Atypical Measles :

يصيب هذا النوع من الحصبة الأشخاص الذين لقحوا بلقاح الحصبة الحاوي على فايروس الحصبة المقتول (ميت) Killed Measles Vaccine، لأن هذا اللقاح يعطي مناعة جزئية للشخص ولا يعطي مناعة ضد فايروس الحصبة الوحشي (البري) Wild Measles Virus، لذلك تكون الإصابة لديهم شديدة جداً مصحوبة بالأعراض التالية:

- ارتفاع شديد في درجة الحرارة.
- آلام في العضلات Myalgia.
- التهاب رئوي شديد.
- يمكن أن يتخذ الطفح الجلدي أشكال غير شكل طفح الحصبة النموذجي مما
- يشكل صعوبة في التشخيص، فيكون مرة حويصلي Vesicular وأخرى نزفيHaemorrhagic وأخرى شروي Urticarial.

وينصح بإعادة تلقيح هؤلاء الأشخاص بلقاح الحصبة الحي Live Measles Vaccine.

التشخيص:

يكون التشخيص واضح عادة من خلال التاريخ المرضي والملامح السريرية مثل بقع كوبلك والطفح الجلدي ولا حاجة لعمل أي تحاليل للتشخيص، أما إذا كان التشخيص غير واضح في بعض الحالات فيمكن عمل تحليل دم للتعرف على وجود

أضداد ضد فايروس الحصبة في الدم أو عمل زراعة للفايروس.

العلاج:

لا يوجد علاج معين لمرض الحصبة، ويكون العلاج بتخفيف أعراض المرض مثل الحمى وذلك باستخدام الأدوية خافضة للحرارة مثل البَنَدول، واستخدام المضادات الحيوية Antibiotics في حال حدوث التهابات بكتيرية ثانوية مثل التهاب الرئة أو الأذن الوسطى.

الوقاية:

- تكون الوقاية بالتمنيع النشط Active Immunization وذلك بالتلقيح (التطعيم) Vaccination بلقاح الحصبة الحي ضمن لقاح أم أم آر Measles Mumps Rubella "MMR" Vaccine الذي يشمل كذلك لقاح النكاف Mumps ولقاح الحصبة الألمانية Rubella، وتعطى الجرعة الأولى من اللقاح للرضع عند إكمال سن (١٢-١٥) شهر والجرعة الثانية عند دخول المدارس في سن (٣ -٥) سنة.
- يعطى الأطفال لم يلقحوا من قبل عند دخولهم المدارس الجرعة الأولى من لقاح MMR والجرعة الثانية بعد ٣ أشهر.
- يعطى الطلبة الذين لم يلقحوا بلقاح MMR من قبل حين تخرجهم من الثانوية والتحاقهم بالجامعات أو المعاهد جرعة من اللقاح.
- يمكن حدوث حمى وطفح جلدي بعد التطعيم باللقاح بأسبوع، ويستعمل لذلك خافض للحرارة فقط.
- التمنيع الكسول Passive Immunization، ويتم بإعطاء الشخص غلوبينات مناعية Immunoglobulins ضد فايروس الحصبة لحمايته منه في حالات خاصة مثل الأشخاص الذين لديهم نقص مناعة بعد تعرضهم للعدوى وكذلك يعطى للمرأة الحامل.

الحمل والحصبة:

لا تؤدي الإصابة بالحصبة أثناء الحمل إلى تشوهات خلقية في الجنين ولكنها يمكن أن تؤدي إلى الإجهاض Abortion أو الولادة الباكرة Premature Labour.

حصى الكلية Hypercalciuria (Renal Stones):

وهو من أكثر أمراض الجهاز البولي شيوعاً، **وتعتبر سبب مهم من أسباب التهاب المجاري البولية والقصور الكلوي، ويختلف حجم الحصى من حبة الرمل إلى أحجام أكبر، وتمر الحصيات الصغيرة بدون ألم وقد تسبب مضايقات طفيفة وعابرة، أما الحصى الكبيرة فإنها تعذب المريض وخاصة عندما تجتاز الأقنية الكلوية الصغيرة إلى المثانة، فإما أن تتوقف في الطريق مسببة انسداد الحالب وإما أن تستقر في المثانة حيث تسبب أعراضاً مميزة.**

وتحدث حصى الكلية للإنسان في كافة الأعمار وخاصة بين سن الثلاثين والخمسين، ويصاب بها الرجال أربع مرات أكثر من النساء.

وفي السنوات القليلة الماضية تم البدء باكتشاف القاعدة الوراثية لأمراض الكلى الوراثية وفهم كيفية تفاعل العوامل الذاتية النشوء والعوامل الغذائية في منع أو في المساعدة بتشكل حصى الكلى، **وقد تحدث بعض الاكتشافات طرق معالجة ارتفاع مستوى الكالسيوم في البول** hypercalciuria **وحصيات الكالسيوم، وتفترض بعض الدراسات أن البكتيريا التعايشية** symbiotic bacteria **يحتمل أن تكون متورطة في تكوين هذه الحصى.**

الأنواع:

تصنف الحصى التي تتكون في الكلية حسب تركيباتها إلى عدة أنواع أهمها:

١- **الحصى الكلسية** (Calcium Stones) **وهو أكثرها انتشاراً.**

٢- **حصى حامض البوليك** (Uric Acid Stones).

٣- **حصى السستين** (Cystine Stones).

المسببات:

لا تزال الأسباب التي تكون الحصى غير معروفة ولكن بعض الحقائق المهمة في تكوينها معروفة، فالأملاح التي تكون الحصى موجودة في البول بصورة طبيعية وهي ذائبة فيه ويعتبر ترسبها مسؤولاً عن تكوين الحصى، ويتحكم في ذلك عدة عوامل منها:

١- التركيز:

إن زيادة تركيز المادة المذابة يعمل على ترسبها، ويتأتى هذا إما من زيادة إفراز المادة من الكليتين أو من قلة إفراز الماء، وقد تكون زيادة إفراز المادة نتيجة لزيادة نسبتها في الدم أو نتيجة لمرض في الكلية.

أما قلة إفراز الماء فتحدث عند النكز وفي الجو الحار.

٢- تفاعل البول (PH):

يتأثر ذوبان المواد بتغير تفاعل المحلول فأملاح الكالسيوم مثلاً أكثر ذوباناً في المحاليل الحامضية، لذلك فإن قلوية البول تدفعها نحو الترسب.

وعلى العكس فإن حامض البوليك والسستين هما أكثر ذوباناً في المحيط القلوي.

٣- ذوبان مادة ما:

قد يتأثر ذوبان المادة بوجود مادة أخرى فوجود السترات (Citrate) مثلاً يساعد أملاح الكالسيوم على الذوبان، بينما تساعد قلة السترات على الترسب.

٤- وجود جزيئات (Particles):

يساعد وجود جزيئات ما في المحلول على الترسب وذلك بتكوين نواة تترسب حولها المادة المذابة، وقد يكون هذا السبب الذي يجعل وجود الالتهاب في المجاري البولية عاملاً مساعداً على تكوين الحصى حيث تكون مجاميع من الجراثيم ومواد نخرة نواة للترسب.

٥- العامل الوراثي:

أعراض المرض:

١- ألم في المنطقة القطنية وفي الجزء المنخفض من الجانب الأمامي للقفص الصدري، ويتفاقم هذا الألم غالباً ويشتد عند الحركة وعند صعود السلالم.

٢- المغص الكلوي: هو حدوث نوبات من الألم المبرح في المنطقة القطنية حتى الحالب وتكون هذه النوبات مفاجئة وحادة جداً، وقد تضطر المريض إلى التلوي والتمرغ على الأرض، ويرافق هذا المغص الكلوي ظهور أعراض أخرى مثل:

- التعرق الغزير.

- **التقيؤ.**
- **سيلان عدة قطرات من البول بعد جهد مؤلم.**

ويكون البول عكراً على أثر نزف خفيف وأحياناً يكون غزيراً، كما قد يوجد قيح في الإدرار إذا رافق الحصى التهاب ما.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال الفحص السريري، وإجراء الفحوصات المختبرية للدم والإدرار للكشف عن وجود الحصى والالتهابات، وكذلك إجراء الفحوصات بالأشعة السينية (X-Ray) **لتحديد مكان الحصى، وإجراء الفحص بالأمواج فوق الصوتية** (السونار) **لرؤية الحصى وتحديد مكانها وحجمها.**

العلاج:

لأن جميع المرضى بحصى الكلى يستفيدون من تخفيف تركيز البول، فإن شرب كميات كبيرة من السوائل يبقى ركن العلاج الأساسي، **أما طرق العلاج الغذائية والدوائية الأخرى فتعتمد على التركيب الكيميائي للحصى وللبول حيث يتركب من الكالسيوم، الأوكزلات، السيترات، حامض البول، المغنيسيوم، الصوديوم، الكرياتينين.**

كما يعتمد علاج حصى الكلية على حجم الحصاة، والمواد المتكونة منها، وموقعها في الكلية أو في الجهاز البولي، **فإذا كان حجمها صغيراً وفي موقع يسهل نزولها، يعطى المريض دواء يعمل على تفتيت هذه الحصاة ويوسع المجاري البولية ليسهل نزولها، بدون الحاجة للتداخل الجراحي،** ومن أهم الأدوية المذيبة للحصى:

- يوروكلاسو (Uroclasio).
- رواتينيكس(Rowatinex).
- سايستينيل (Cystenal).

والعلامة الوحيدة المفيدة لتخمين كفاية البول المجمع لمدة ٢٤ ساعة **هي محتواه من** الكرياتينين creatinine.

١- البول السيستيني Cystinuria:

يعتبر شرب كميات كبيرة من السوائل مهم وبشكل خاص لمرضى البول

السيستيني الذين تتكون لديهم الحصى خلال ليلية واحدة، فالسيستين عديم الذوبان بشكل كبير لدرجة أنه يجب على المريض شرب كميات كبيرة من السوائل، ما يقارب خمسة لترات أو أكثر في اليوم، وعلى مدار الساعة ليتم المحافظة على تركيز مخفف للبول وبشكل مستمر، بالإضافة إلى المعالجة القياسية بالعقاقير مثل البنسيلينامين penicillamine أو تيوبرونين tiopronin اللذان يتفاعلان مع السيستين ويكونا مركبات قابلة للذوبان وغالباً لا يستطيع المريض تحملهما بسبب الأعراض الجانبية لهما.

ويعتبر الكبتوبريل captopril علاج بديل ذو تحمل أفضل، ولكنه أقل فعالية.

٢- زيادة إفراز الكالسيوم في البول:

كانت طرق المعالجة في الماضي تؤكد على تقليل كمية الكالسيوم في الطعام، ولكن بعد معرفة أخطار نقص الكالسيوم في الطعام، تغيرت هذه الفكرة، فقد أظهرت الدراسات أن انخفاض كمية الكالسيوم (أقل من ٨٠٠ ملغم في اليوم) ترتبط بزيادة مخاطر تشكل الحصى، لأن الكالسيوم يرتبط بالأوكزلات في الأمعاء ويؤدي نقص كمية الكالسيوم إلى زيادة امتصاص الأوكزلات من الطعام، والتأثير الواقي للكالسيوم الإضافي لوحظ فقط مع الكالسيوم الغذائي (من الطعام وليس من الإضافات الدوائية)، وقد يكون سبب ذلك أن الإضافات الدوائية لا تؤخذ عادة مع الوجبات، كما أن المرضى الذين تتشكل لديهم الحصوات يميلون إلى أن تكون كثافة العظم المعدنية أقل من الطبيعي وهم بهذا يكونوا عرضة لمخاطر كسور العظام مع تقدم العمر.

وبما أن بيلة الصوديوم (زيادة أيونات الصوديوم في البول) natriuresis تزيد من إفراز الكالسيوم في البول، فإن جميع مرضى زيادة إفراز الكالسيوم يجب أن يخفضوا كمية الصوديوم في الطعام إلى ٢ غم في اليوم، حيث أن إنقاص كمية الصوديوم سيخفض إفراز الكالسيوم إلى مستوياته الطبيعية (أقل من ٣٠٠ ملغم في الرجال، أقل من ٢٥٠ ملغم في النساء، و ٤ ملغم لكل كيلوغرام في الأطفال) لدى بعض المرضى.

وتتطلب معالجة زيادة إفراز الكالسيوم عادة استعمال المدررات من نوع الثيازايدز لتحفز إعادة امتصاص الكالسيوم في الأنبوب الكلوي الأقصى، وتراقب استجابة المريض بقياس مستوى الكالسيوم في بول ٢٤ ساعة.

إن الاستهلاك المفرط للصوديوم سيخفض أو يلغي أحياناً فائدة المدررات ويزيد من خطر نقص مستوى البوتاسيوم في الدم أيضاً hypokalemia **والذي يزيد بدوره من خطر تشكيل الحصى عن طريق خفض إفراز السيترات في البول.**

كما أن فرط نشاط الغدد جارات الدرقية hyperparathyroidism يعتبر سبب في ارتفاع مستوى الكالسيوم في البول عند نسبة قليلة فقط من المرضى، **ويجب اكتشاف ذلك، لأن الحالة يمكن أن تشفى بالجراحة أو بالأدوية، ويشكل الفشل في تشخيص فرط نشاط الغدد جارات الدرقية عامل خطر لحدوث تكلس كلوي** (ترسب كلسي كلوي) Nephrocalcinosis، **مرض عظمي، بالإضافة إلى أعراض غير محددة كالوهن** (الإحساس بالضعف)، **ولهذا السبب، فإن جميع المرضى المصابين بحصى تحتوي على الكالسيوم يجب أن يجرى لهم قياس مستوى الكالسيوم في الدم.**

٣- نقص تركيز أملاح السترات في البول **Hypocitraturia**:

وهو من أكثر الحالات الشائعة التي تسبب حصى الكلية **والتي تحدث في جميع المرضى الذين يصابون بحصى فوسفات الكالسيوم وفي العديد من المرضى المصابين بحصى أوكزلات الكالسيوم غير المترافقة بازدياد الحامضية، فإذا لم يكن مستوى البوتاسيوم مرتفع في الدم فيتم استخدام سترات البوتاسيوم** potassium citrate **في العلاج، ويستخدم قلويات البوتاسيوم بدلاً من قلويات الصوديوم، لأن نقص أو عوز البوتاسيوم يقلل من إفراز السترات وزيادة الصوديوم تزيد من إفراز الكالسيوم، ويجب أن تراقب كفاية هذا العلاج في بول** ٢٤ ساعة، **كما يراعى تعديل الجرعة بشكل مستمر للحفاظ على مستوى طبيعي لكثافة الهيدروجين الأيونية** pH بين ٦,٥ و ٧,٠ **وجعل مستوى السترات بحدود المدى الطبيعي.**

٤- زيادة إفراز الأوكزلات في البول:

تتضمن طرق علاج زيادة إفراز الأوكزلات تحديد كميات الأوكزلات التي يتم الحصول عليها من الأطعمة مثل الشوكولاته، المكسرات، السبانخ، التوت، والبنجر (الشمندر). **ويمكن أن يكون العلاج بالبيردوكسين** pyridoxine **فعالاً في خفض إفراز الأوكزلات في المرضى المصابين بزيادة إفراز الأوكزلات الأولي ويحتمل أن يكون مفيد في الحالات الأخرى أيضاً.**

٥- زيادة إفراز حامض اليوريك (حامض البول):

يستعمل عقار ألوبيورينول allopurinol الذي يعمل على منع تكرار حدوث حصى أوكزلات الكالسيوم في المرضى المصابين بزيادة إفراز حامض البول ويعتبر العلاج المثالي لكل المرضى المصابين بزيادة إفراز حامض البول، **سواء كانت الحصى من أوكزلات الكالسيوم، أو حامض البول، أو خليط منهما، وتجنب البيورين** purine (أساس مجموعة مركبات حامض البول في الجسم) **من مصادر غذائية كالسمك، الطيور، اللحوم، وخاصة لحم الأعضاء** (الكبد، الكلى)، **فقد يساعد أيضاً في خفض إفراز حامض البول.**

الوقاية:

بما إن للعامل الوراثي دور كبير في تشكل الحصى لذا فإن الأساليب الوقائية يجب أن تبقى مستمرة بعد إجراء العملية الجراحية، ومن هذه الأساليب هي:

- **الإكثار من شرب الماء والسوائل: وخاصة في فصل الصيف عندما يزداد التعرق مما يؤدي إلى زيادة تركيز الإدرار.**
- **الإقلال من تناول الأطعمة التي تساعد على ترسب المواد التي تتكون منها الحصى، ومن هذه الأطعمة: السبانخ، الحليب، الطماطم، اللحوم الحمراء، وملح الطعام.**

حصى المثانة Bladder Vesical Stones :

تكوين الحصى في المثانة البولية واسع الانتشار والسبب غير معروف، ويعتقد بأن هناك عوامل غذائية تلعب دوراً مهماً في تكوينها، ويكون أصل بعض حصى المثانة من حوض الكلية ونزلت للمثانة.

المسببات:

- **إعاقة تدفق البول من المثانة** Bladder Outflow Obstruction، **كما في حالات تضيق الإحليل** Urethral Stricture، **وإعتلال المثانة العصبي** Neuropathic Bladder، **وتضخم البروستات** Prostatic Hypertrophy.
- **وجود أجسام غريبة في المثانة، مثل أنبوب القثطرة** Catheter، **وذلك في الأشخاص الذين لا يستطيعون إفراغ المثانة من البول لأسباب مرضية.**

- لوحظ بأن الأشخاص الذين لديهم حصى المثانة لديهم بيلة جرثومية Bacteriuria، أي وجود أعداد كبيرة من البكتيريا في البول.



صورة أشعة بسيطة للبطن تظهر فيها وجود عدد كبير من حصى المثانة

أعراض المرض:

- لا تظهر أي أعراض في معظم الأشخاص الذين لديهم حصى في الجهاز البولي.
- الشعور بالألم، وهو أكثر الأعراض شيوعاً، ويمكن أن يكون حاداً أو متقطعاً ويكون على شكل مغص كلوي Colic Renal، أو ألم ممل ومستمر (ألم في منطقة الظهر أو الخاصرة).
- التبول الدموي Hematuria: وجود كريات دموية حمراء (دم) في البول.
- الشعور بمغص في الحالب Ureteric Colic بسبب نزول حصاة من حوض الكلية لجوف الحالب أو تحرك حصاة موجودة في جوف الحالب، وهو من أشد

الآلام المعروفة، وينتقل هذا الألم من الخاصرة إلى العانة ويصحبه تعرق، شحوب، تقيؤ، تململ المريض وهيجانه.

- التهابات الجهاز البولي Infections Urinary Tract، وقد يكون العرض الوحيد لوجود الحصاة.
- عسر التبول Dysuria وتكرار التبول Frequency.
- انسداد المجاري البولية Obstruction Urinary مما يؤدي إلى زرام Anuria، أي عدم تدفق البول كلياً، وقد يكون الانسداد في الحالب أو الإحليل ويسبب كذلك ألماً شديداً.

التشخيص:

- إجراء فحص لعينة من البول تحت المجهر Urine Microscopy، يبين وجود كريات الدم الحمراء (التبول الدموي) وكذلك البلورات.
- زراعة عينة للبول Mid-Stream Urine، مأخوذة من وسط تدفق البول وذلك للحصول على نتائج أفضل.
- إجراء تحليل للدم لقياس مستوى الكالسيوم Serum Calcium، اليوريا Serum Urea، الأملاح مثل الصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد، الكرياتينين Creatinine Serum، مستوى البيكربونات في الدم Bicarbonate Plasma والذي يكون منخفضاً في حالات الحماض الكلوي النبيبي.
- أشعة بسيطة لمنطقة البطن Plain Abdominal X-Ray، يمكن رؤية حصاة المثانة بهذه الأشعة وخاصة التي تحتوي على الكالسيوم والسيستين، وحصاة اليوريت (حامض اليوريك) أما حصاة الالتهابات فلا تظهر عادة في الأشعة البسيطة.
- إجراء تصوير للجهاز البولي الوريدي Excretion Urography، المعروف بالأشعة الملونة، حيث يعطى المريض صبغة عن طريق الوريد ويتم بعدها تصوير المسالك البولية أثناء انتقال الصبغة مع البول في جوف المجاري البولية، وتبين هذه الأشعة الحصاة وموقعها كما تبين وجود أي عيب خلقي أو أمراض كلوية أولية أو انسداد في المجاري البولية.

- إجراء أشعة مقطعية CT Scan: **تكون أسرع من الأشعة الملونة ولا يوجد خطورة التحسس من الصبغة، ويمكن من خلالها تشخيص أي نوع من الحصاة.**
- **إجراء تحليل كيميائي للحصاة** Stone Chemical Analysis **إذا خرجت لمعرفة نوعها وتجنب مسبباتها.**
- **قياس إفراز الكالسيوم والأوكساليت وحامض اليوريك في البول** Urinary Calcium، Oxalate and uric Acid Output.



أشعة ملونة تظهر انسداد المجاري البولية في الجهة اليسرى لوجود حصاة في الحالب (السهم الأحمر)، ويشير السهم الأخضر إلى حوض الكلية المتسع نتيجة الانسداد (استسقاء الكلية Hydronephrosis)

- **إجراء تحليل لتقصي بيلة السيستين ويتم ذلك بعمل اختبار بسيط وللتأكيد يعمل اختبار إستشراب البول** Urine Chromatography **لتشخيص الحالة.**

العلاج:

يعطى المريض مسكنات الألم ويوصى بشرب الكثير من الماء والسوائل أو تعطى السوائل عن طريق الوريد، والحصى الصغيرة ذات قطر ٠,٥-١ سم **يمكن أن تخرج لوحدها ولا تحتاج للتداخل الجراحي، أما إذا كان قطر الحصى أكبر من** ١ سم، **فيفضل التداخل الجراحي لإزالتها.**



صورة لكلية استأصلت جراحياً لتلفها بسبب احتوائها على حصاة مرجانية كبيرة

لقد تطورت عمليات الجراحة المفتوحة (فتح البطن) لإزالة الحصى البولية في الوقت الحاضر وأصبحت غير ضرورية إلا في حالات نادرة مثل الحصاة المرجانية الكبيرة أو تلك الحصى التي لم تخرج مع استخدام الوسائل الأخرى المتاحة، ومن هذه العمليات المتطورة:

١- استخراج حصاة الكلية خلال الجلد Percutaneous Nephrolithotomy: تستخدم عندما تكون حصاة الكلية كبيرة أو لا يمكن تفتيتها، وتتم العملية بشق فتحة صغيرة (١-١,٥ سم) في الجلد، ثم تخرق قناة (مسلك) بين الجلد والكلية تحت توجيه الأشعة ويدخل من خلالها المنظار الكلوي Nephroscope **لتحديد موقع الحصاة بالضبط واستخراجها، وإذا كانت الحصاة كبيرة ولا يمكن استخراجها عبر المسلك يمكن تفتيتها باستخدام أداة لهذا الغرض إلى أجزاء أقل حجماً ومن ثم إزالتها بالمنظار.**

٢- استخراج حصاة الحالب بالمنظار Ureterolithotomy Endoscopic عبر المثانة البولية باستخدام منظار الحالب Ureteroscope**، الذي يتم تمريره عبر المثانة فوق الحصاة ومن ثم سحبها خارج الجسم بشبكة** (شبكة دورميا) Dormia

Basket تفتح من المنظار، وقد تدفع بعض الحصى الكبيرة في الحالب لحوض الكلية بواسطة المنظار ويجرى تفتيتها أو إزالتها بالمنظار الكلوي خلال الجلد.

٣- استخراج حصاة المثانة بالمنظار **Endoscopic Removal of Bladder Stone** باستخدام منظار المثانة Cystoscope، ويمكن تفتيت الحصى الكبيرة أولاً ثم إزالتها بالمنظار.

٤- تفتيت الحصى بواسطة الصدمات الموجية من خارج الجسم **Extracorporeal Shock-wave Lithotripsy "ESWL"**: يجرى تفتيت الحصاة في المجاري البولية بتوجيه صدمات موجية (موجات) إلى حصيات صغيرة يمكنها أن تعبر خلال جوف المجاري البولية إلى خارج الجسم، ويوضع المريض في حوض من الماء ويعطى الصدمات وتستخدم الأجهزة الحديثة وسادات مائية بدلاً من حوض الماء.

الوقاية:

تختلف طرق الوقاية حسب سن المريض وشدة المرض ونوع الحصى:

١- مكوني الحصى البولية الأساسي (مجهول السبب) **Idiopathic Stone Formers**:

- ينصح بشرب كميات كبيرة من السوائل (الماء) بحيث يتراوح حجم البول (٢-٢,٥) لتر في اليوم، وخاصة للذين يعيشون في المناطق الحارة أو العاملين في بيئة حارة.
- تقليل تناول منتجات الحليب الغنية بالكالسيوم.

٢- المصابين بفرط البيلة الكلسية الأساسي **Hypercalciuria Idiopathic**:

- التقليل من شرب الحليب وتناول الأجبان الغنية بالكالسيوم.
- تجنب تناول أقراص فيتامين (د).
- تجنب الأطعمة الغنية بالأوكساليت لأن تقليل أخذ الكالسيوم يزيد من امتصاص الأوكساليت من الأمعاء.
- شرب كميات كبيرة من السوائل (الماء).
- يمكن استعمال مدررات الثيازايد THiazides مثل بندروفلوزايد Bendrofluazide، لأنها تقلل من إفراز الكالسيوم في الكلية، ولكن لها آثار سلبية مثل رفع مستوى السكر في الدم، رفع مستوى حامض اليوريك في الدم وكذلك رفع مستوى الكوليسترول في الدم.

- تقليل أخذ الصوديوم (الملح) في الطعام لأنه زيادته تسبب إفراز الصوديوم في البول فيزيد إفراز الكالسيوم كذلك.

٣- المصابون بالحصى المختلطة (الالتهابية) **Mixed Infective Stones:**

- شرب كميات كبيرة من السوائل (الماء).
- استخدام مضادات حيوية (ضد البكتيريا في البول) كوقاية من حدوث التهاب المجاري البولية للمصابين بالالتهابات المزمنة للمجاري البولية.

٤- المصابون بحصى اليوريت (حامض اليوريك) **Acid Stones Uric:**

- استخدام عقار ألوبيورينول Allopurinol، الذي يثبط إنزيم زانثين أوكسيديز Xanthine Oxidase ويحول الزانثين Xanthine القابل للذوبان في الماء إلى حامض اليوريك Uric Acid الأقل ذوباناً في الماء، مما يقلل من مستوى حامض اليوريك في الدم ويقلل كذلك إفرازه في الكلية.
- استخدام بيكربونات الصوديوم Sodium Bicarbonate حيث يزيد من قلوية البول مما يساعد على ذوبان حامض اليوريك في البول ومنعه من التبلور والترسب، وذلك للذين لا يستطيعون أخذ الألوبيورينول لسبب ما، وتكمن المشكلة في أن قلوية البول تشجع ترسب الكالسيوم والفوسفات.
- شرب كميات كبيرة من السوائل (الماء).

٥- المصابين بالحصى السيستينية **Stones Cystine:**

- يمكن منع تكوين حصى السيستين بشرب كميات كبيرة من السوائل ٥ لتر خلال ٢٤ ساعة.
- استعمال عقار بنسلين أمين Penicillinamine، حيث يتحد هذا العقار مع السيستين ليكون مركب بنسلين أمين - سيستايين Penicillinamine-Cysteine الأكثر ذوباناً، وكذلك يذيب هذا العقار الحصى السيستينية المتكونة في المجاري البولية.

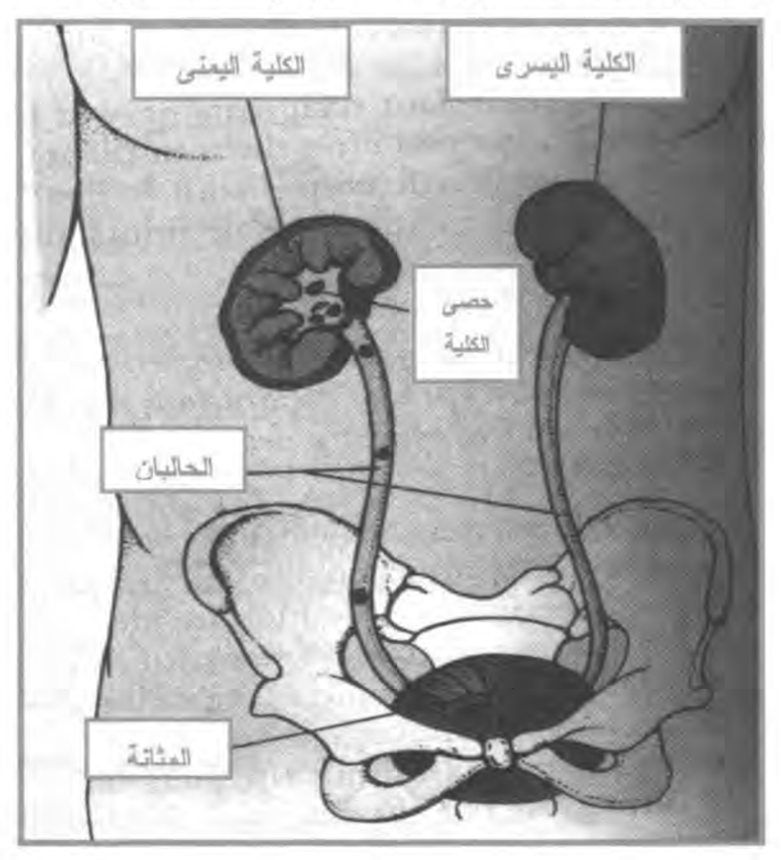
٦- المصابين بفرط البيلة الأوكسالية **Hyperoxaluria:**

- شرب كميات كبيرة من السوائل (الماء).

- **الحد من تناول الأطعمة الغنية بالأوكساليت** Low Oxalate Diet.

حصى المجاري البولية Urinary Tract Stones (Calculi):

تتكون حصى المجاري البولية إما في حوض الكلية أو المثانة البولية، **وهو من الأمراض المتكررة الحدوث ويصاب حوالي ٥٠% من المصابين بالحصى البولية بحصوة أو حصيات جديدة خلال العشرة سنوات التالية لتاريخ بداية المرض، ويصاب الرجال بالحصى البولية أكثر من النساء، حيث تصل النسبة إلى الضعف، وتزداد نسبة تكرار الحصى مع وجود خلل أيضي أو عيب خلقي في الجهاز البولي.**



المواقع المختلفة لحصى المجاري البولية

تتكون معظم الحصى البولية من الكالسيوم أوكساليت Calcium Oxalate مع فوسفات Calcium Phosphate، **وهي أكثر أنواع الحصى حدوثاً في الرجال، أما الحصى الإنتانية المختلطة** Stones Mixed Infective **والتي تشكل ١٥% من إجمالي الحصى البولية فهي أكثر حدوثاً في النساء.**

إن مرض الحصى البولية هو ليس من أمراض العصر الحديث، إذ أكتشف وجوده في مومياء فرعونية عمرها ٧٠٠٠ سنة.

ويبين الجدول التالي أنواع الحصى البولية ونسبة حدوثها

[illegible]	[illegible]
الكالسيوم أوكساليت (عادة) مع الكالسيوم فوسفات Calcium Oxalate usually with Calcium Phosphate	%٦٥
الكالسيوم فوسفات فقط Calcium Phosphate alone	%١٥
المغنيسيوم أمونيوم فوسفات Magnesium Ammonium (Phosphate (struvite	%١٥-١٠
حامض اليوريك Uric Acid	%٥-٣
سيستينية Cystine	%٢-١

المسببات :

تتكون الحصى في الجهاز البولي عندما تتبلور بعض مكونات البول، والتي تكون عادة مذابة في البول، ويحتوي البول على مواد مضادة للتبلور تمنع هذه المواد من التبلور والترسب ومن ثم تكوين حصاة، ومن المواد المضادة للتبلور غير العضوية هي المغنيسيوم Inorganic phosphate **والبايروفوسفات** pyrophosphate **والسيترات** Citrate**، ومن المواد المضادة للتبلور العضوية هي كلايكوز أمينو كلايكان** glycosaminoglycans **والنفروكالسين** Nephrocalcin.

وهناك أسباب معروفة لتكوين حصى المجاري البولية منها:

١- الجفاف Dehydration: أو قلة السوائل في الجسم أياً كان السبب، مثل قلة شرب الماء أو زيادة فقدان الماء عن طريق التعرق.

٢- **فرط الكلسية Hypercalcaemia**: نتيجة لارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم حيث يؤدي إلى زيادة ترشيح وتركيز الكالسيوم في البول، مما يزيد من فرص تبلور وترسب الكالسيوم وتكوين الحصى، ومن أهم أسباب فرط الكلسية الشائعة هي:

- فرط الغدد جار الدرقية Hyperparathyroidism وهو السبب الأكثر شيوعاً.
- تناول كميات كبيرة من فيتامين (د) (تسمم) Vitamin D intoxication.
- مرض الغرناوية Sarcoidosis.

٣- **فرط البيلة الكلسية Hypercalciuria**: هو زيادة تركيز الكالسيوم في البول (زيادة طرح الكلية للكالسيوم في البول)، وهو أكثر الأسباب شيوعاً في الذين يصابون بالحصيات الكلسية، وتعرف البيلة الكلسية في الذكور بطرح ٧,٥ ملي مول من الكالسيوم خلال ٢٤ ساعة، وفي الإناث بطرح ٦,٢٥ ملي مول من الكالسيوم خلال ٢٤ ساعة.

أسباب البيلة الكلسية:

- فرط الكلسية.
- تناول كميات كبيرة من الكالسيوم في الطعام.
- امتصاص الكالسيوم من الهيكل العظمي والذي يمكن أن يحدث في حالات عدم الحركة لفترات طويلة.
- فرط البيلة الكلسية الأساسي Idiopathic hypercalciuria، (مجهول السبب)، وآليته فرط في امتصاص الكالسيوم من الأمعاء ويفيد المصابين به تقليل الكالسيوم في الطعام وكذلك زيادة تسرب الكالسيوم خلال الأنابيب الكلوية مما يؤدي إلى فرط ثانوي في امتصاص الكالسيوم من الأمعاء وهؤلاء المصابون لا ينفع معهم تقليل الكالسيوم في الطعام.

٤- **فرط البيلة الأوكسالية (حامضية) Hyperoxaluria**: هو زيادة إفراغ طرح الأوكساليت Oxalate في البول وزيادة تركيزه مما يؤدي إلى تكون وترسيب بلورات الكالسيوم أوكساليت Calcium Oxalate في الكلية.

ومن أسباب البيلة الأوكسالية:

- الإكثار من تناول الأطعمة الغنية بالأوكساليت، كالسبانخ وعشب الراوند والشاي.
- زيادة امتصاص الأوكساليت من الأمعاء نتيجة لقلة كمية الكالسيوم المتناولة في الطعام.
- الإصابة بأمراض الجهاز الهضمي مثل مرض كرون Crohn's Disease حيث تؤدي إلى زيادة إمتصاص الأوكساليت من الأمعاء.
- الجفاف نتيجة فقدان السوائل عن طريق الجهاز الهضمي مما يسبب تكوين حصيات الأوكساليت.
- أمراض وراثية تؤدي إلى زيادة إنتاج الأوكساليت في الجسم وتنتقل بصيغة صبغية متنحية Autosomal Recessive Mode أي أن الولد يورث المرض من كلا الأبوين، ويؤدي هذا المرض إلى ترسيب واسع الانتشار لبلورات الكالسيوم أوكساليت في الكلية ينتج عنه الفشل الكلوي في سن المراهقة أو العشرينيات المبكرة.

٥- فرط اليوريكيمية **Hyperuricaemia** وفرط البيلة اليوريكيمية **Hyperuricosuria**: هو ارتفاع مستوى حامض اليوريك Uric Acid في الدم وزيادة إفرازه وتركيزه في البول مما يؤدي إلى تكون بلورات اليوريت وتكوين الحصيات، ومن أسباب هذا المرض:

أ- أسباب وراثية: تؤدي إلى زيادة إنتاج حامض اليوريك في الجسم.

ب- أسباب ناتجة عن زيادة انقسام وتكاثر الخلايا، مثل:

- حالة كثرة الحُمر (زيادة كريات الدم الحمراء) Polycythaemia Rubra Vera.
- مرض الصدفية الجلدي Psoriasis.
- فقدان السوائل (الجفاف) عن طريق الأمعاء يؤدي إلى فقد البيكربونات Bicarbonate القلوية كذلك، وهذا يؤدي إلى حامضية البول وترسب بلورات اليوريت.

٦- التهابات المجاري البولية Urinary tract Infections: تتكون الحصى الالتهابية المختلطة من المغنيسيوم والأمونيوم فوسفات Mixed Infective Magnesium Ammonium Phosphate Stones (struvite) مع كميات متفاوتة من الكالسيوم،

ويكون هذا النوع من الحصى الحصاة المرجانية StagHorn Calculus الكبيرة في حوض الكلية والتي يكون شكلها شبيهاً بقرن الأيل، وتفسر آلية تكوين هذا النوع من الحصى بأنه بسبب التهابات الجهاز البولي بأنواع من البكتيريا مثل البروتيوس ميرابيليس Proteus Mirabilis والتي تحلل اليوريا بالماء فينتج عن ذلك القاعدة القلوية القوية هيدروكسيد الأمونيوم Ammonium Hydroxide، وشاردات الأمونيوم Ammonium Ions وتهيأ قلوية البول البيئة المناسبة للتبلور وتكوين الحصى.

٧- البيلية السيستينية **Cystinuria**: وهو مرض وراثي يحدث زيادة في إفراز وتركيز السيستين Cystine في البول بسبب خلل في إعادة امتصاصه في الأنابيب (النبيبات) الكلوية مما يؤدي إلى ترسبه وتكوين الحصى، ويكون لدى بعض المصابين خلل في امتصاص السيستين في الأمعاء كذلك.

٨- أمراض الكلية الأولية **Diseases Primary renal**: تسبب بعض الأمراض الأولية التي تصيب الكلية وراثياً أو تكون ولادية زيادة في نسبة الإصابة بحصى المجاري البولية، ومنها:

- مرض الكلية متعددة الكيسات Polycystic Kidney Disease.
- مرض الكلية إسفنجية اللب Medullary Sponge Kidney: في هذه الحالة الولادية تكون الأنابيب الجامعة في الكلية متوسعة مما يؤدي إلى ركود البول وترسب الكالسيوم مسبباً تكون الحصى.
- حماض كلوي نبيبي **Renal Tubular Acidosis** سواء كان أولي أو ثانوي، يؤدي إلى تكوين الحصيات نتيجة قلوية البول المستديمة وقلة إفراز السيتريت في البول، ولأن هذا المرض أيضاً يصاحبه مرض الكلاس الكلوي Nephrocalcinosis الذي يزيد من تركيز الكالسيوم في البول.

٩- العقاقير **Drugs**:

- تشجع بعض العقاقير على تكوين الحصى الكلسية مثل المدررات Diuretics، مضادات الحموضة، الكورتيزون، الثيوفيلين Theophylline (الذي يستعمل للربو)، فيتامين (د) وفيتامين ج.

- **ومن الأدوية التي تشجع على تكوين حصيات اليوريت، الأسبرين لأنه يزيد من إفراز الكلية لحامض اليوريك، الثيازايد** Thiazides (نوع من المدررات)، **والوبيورينول** Allopurinol (يستخدم لخفض مستوى حامض اليوريك في الدم).
- **بعض الأدوية تترسب بنفسها لتكون حصاة، مثل إنديناڤر** Indinavir **وتراي أمترين** Triamterine.

العوامل المساعدة:

- **تركيب البول الكيمياوي ومكوناته يفضل تكوين الحصى.**
- **إنتاج بول مركز من جراء قلة إفراز الماء التي تحدث عند النكز وفي الجو الحار، أو العمل في بيئة حارة** (مثل الأفران).
- **خلل في المواد المضادة للتبلور في البول.**

حصى المرارة Gall stones:

تترسب في المرارة مواد من محتويات المرارة نفسها مكونة من الكوليسترول أو من الكالسيوم أو من مواد أخرى، وتكوّن هذه المواد بدورها الحصى في المرارة، **وتتجمع هذه الحصى في المرارة أو في عنق قناة الصفراء الجامعة، وتسبب أحياناً انسدادها، وتكثر الإصابة بهذا المرض لدى النساء البدينات أو فوق سن الأربعين، ولا تظهر على المريض المصاب بحصاة المرارة أي أعراض ظاهرة** Asymptomatic.

المسببات:

في الحالات الطبيعية يبقى الكوليسترول على شكل محلول ذائب في المادة الصفراء بوجود الأملاح الصفراوية، **بشرط أن تبقى النسبة بين الكوليسترول والأملاح الصفراوية أقل من واحد إلى ثلاثة عشر، أما إذا زادت هذه النسبة فسيترسب الكوليسترول في المرارة مكوناً حصيات المرارة وكذلك الحال بالنسبة للكالسيوم والمواد الأخرى.**

أنواع الحصى:

تصنف الحصى تبعا للمواد التي ترسبت فكونتها:

١ – الحصى الكوليسترولية.

٢ – الحصى الكالسيومية.

٣- الحصى المختلطة.

أعراض المرض:

لا تظهر على المريض أعراض ظاهرة إلا في حالات نادرة إذ إن ظهور الأعراض يكون بشكل مفاجئ وأهمها هي:

١- ألم حاد في منطقة الكبد (الربع العلوي الأيمن من البطن) وينتشر إلى الكتف الأيمن.

٢- يرقان.

٣- غثيان وتقيؤ أصفر اللون.

التشخيص:

يجرى تصوير المرارة بالأشعة فوق الصوتية (السونار) أو بالصور الشعاعية حيث تظهر هذه الفحوصات وجود الحصى في المرارة بوضوح.

العلاج:

تعالج حالات حصى المرارة جراحياً حيث يتم استئصال المرارة بعملية تدعى عملية رفع المرارة (Cholecystectomy) ويتبع المريض حمية غذائية بعد العملية يقلل فيها الدهون والتوابل في الطعام.

حطاطات Papule:

وهي عبارة عن علامات غير مجوفة ترتفع أعلى قليلاً من مستوى سطح الجلد، يرافق ظهورها بعض الأمراض الجلدية.

حمرة Erysiplas:

هي عبارة عن التهاب جلدي سطحي تسببه نوع من بكتيريا المكورات العقدية، وتصيب البشرة والنسيج تحت الجلد.

أعراض المرض:

- سوء الحالة الصحية العامة.
- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.
- تساقط الشعر في المنطقة المصابة.
- يكون الجلد في مكان الإصابة محمراً وحاراً ومتورماً.

- غالباً ما تبتدئ الإصابة بحدوث سحجة أو رض على الجلد، وخاصة في جلد الوجه والأطراف.

حمى Fever :

هي حالة ترتفع فيها درجة حرارة الجسم فوق المستوى الطبيعي وتعتبر واحدة من أكثر أعراض الأمراض انتشاراً، وإذا كانت الحمى هي العرض الرئيسي للمرض، فإنها قد تصبح جزءاً من اسم المرض كما في حالة الحمى القرمزية أو الحمى الصفراء والمصطلح الطبي للحمى هو بايركسيا وليس كل ارتفاع في درجة حرارة الجسم حمى.

المسببات:

تحدث الحمى في حالة وجود إصابة مرضية أو كرد فعل لحساسية أو تسمم، يتسبب عنه ارتفاع درجة حرارة الدماغ، فمثلاً عند دخول فايروس الأنفلونزا إلى جسم الإنسان تطلق كريات الدم البيضاء بروتيناً يسمى المسخان الداخلي المنشأ أو مسخان الكريمة البيضاء، وينتقل هذا البروتين مع الدم ليصل إلى منطقة تحت المهاد في الدماغ (وهي الجزء المسؤول عن تنظيم درجة حرارة الجسم) ويسبب البروتين إطلاق مركبات كيميائية تسمى البروستغلاندين تؤثر على خلايا الأعصاب فيحدث إحساساً بالبرودة وهذا يجعل منطقة تحت المهاد تزيد من درجة حرارة الجسم وذلك عن طريق جعل الجسم يحرق الدهون ويقلل من انسياب الدم في الجلد ويحدث رجفة وشعوراً برغبة ملحة في الدفء.

أعراض المرض:

أظهرت بعض الأبحاث العلمية الحديثة أن الحمى تعمل على تعجيل دفاع الجسم ضد الفايروسات والبكتيريا المهاجمة ولأن الحمى تحارب الإصابة فإن بعض الخبراء في مجال الطب ينصحون بعدم محاولة إنقاص الحمى المعتدلة، حيث إن درجة حرارة الجسم البشري الطبيعية ٣٦,٩° م وتتراوح درجة الحرارة في الحمى المعتدلة بين ٣٧,٧° م و ٣٨,٩° م، ويسبب ارتفاع درجة الحرارة فوق ٤٠,٥° م هذياناً.

العلاج:

يتفق معظم الخبراء على أن الحمى يجب أن تخفض إذا ارتفعت درجة حرارة الجسم فوق ٣٨,٩° م أو إذا أصابت النساء الحوامل أو الأشخاص الذين يعانون من

مرض في القلب أو كبار السن، ويستعمل لذلك العقاقير المخفضة للحرارة كالبراسيتامول والبَندول والأسبرين وغيرها.

حمى التايفوئيد Typhoid Fever:

التايفوئيد مرض بكتيري خطر تنتج عنه الحمى والضعف وفي الحالات الحادة يؤدي إلى الموت، وقد كان هذا المرض منتشراً في المناطق الكثيفة السكان ولكن مع تطور أساليب الصحة الجيدة انخفض معدل الإصابات به، وأصبح نادراً نسبيا في المناطق التي تتمتع بأنظمة صحية حديثة .

المسببات:

تحدث الإصابة بحمى التايفوئيد نتيجة للعدوى ببكتيريا التايفوئيد المسماة أيبر ثيليلا تيفي Eberthella Typhi **إلى الجسم ونموها وتكاثرها فيه.**

طرق العدوى:

التايفوئيد مرض معد ينتقل عن طريق الفم، حيث يتم دخول بكتيريا التايفوئيد المسماة أيبر ثيليلا تيفي Eberthella Typhi عن طريق الفم عند تناول مواد ملوثة بهذه الجراثيم، **وتتكاثر في جسم المصاب بشكل كبير في كتل الأنسجة الليمفاوية في جدار أمعائه ومن هنا تدخل العديد من البكتيريا إلى محتويات الأمعاء، ثم تخرج بعد ذلك في البراز إذ يكون براز** (Faeces) **المصاب مملوءاً بجراثيم التايفوئيد، فإذا تلوث مصدراً مائياً بأي جزء من هذا البراز فإن حدوث وباء التايفوئيد بعد ذلك يصبح أمراً لا يمكن تجنبه.**

وتنتقل هذه الجراثيم إلى الأشخاص الأصحاء عن طريق تلوث الماء أو الطعام، أو عن طريق الذباب ويبلغ طول الميكروب ١من٢٥٠ من السنتيمتر وعرضه حوالي ١من٢٠ ألف من السنتيمتر وله عدد كبير من السياط الشعرية التي يعوم بها.

أعراض المرض:

تظهر أعراض التايفوئيد خلال فترة تتراوح بين أسبوع وثلاثة أسابيع **بعد دخول البكتيريا جسم الشخص، فيشعر المصاب خلال الأسبوع الأول بحمى مرتفعة وصداع وآلام في البطن وتصل الحمى إلى ذروتها وتبقى كذلك خلال الأسبوع الثاني،**

وفي معظم الحالات يظهر الطفح المميز (Rash) الوردي اللون على الصدر والبطن بين اليوم السابع والعاشر من المرض، ويشعر المصاب بالنحول والضعف العام، كما يصاب بالهذيان في الحالات الشديدة، ومع بداية الأسبوع الثالث يبدأ في معظم الحالات حدوث إسهال أخضر اللون، وهنا يصل المرض إلى أقصى درجاته وما لم تحدث مضاعفات فإن حالة المريض تبدأ في التحسن تدريجياً خلال نهاية الأسبوع الثالث والأسبوع الرابع.

المضاعفات:

يمكن أحياناً حدوث مضاعفات خطرة ومميتة، فقد تحدث البكتيريا تقرحات في الأمعاء وإذا أصبحت التقرحات حادة فيمكن أن تحدث ثقوباً في جدار الأمعاء، وفي مثل هذه الحالات تتدفق محتويات الأمعاء في البطن مما يؤدي إلى حدوث تلوث خطير، وفي حالات أخرى يمكن إصابة الأمعاء بنزف شديد مما يستدعي نقل دم إلى المريض للحيلولة دون وفاته.

العلاج:

يعطى المريض دواء الكلورامفينيكول (كلوروميستين (Chloromycetin)) وهو مضاد حيوي فعال ضد جراثيم التايفوئيد حيث يساعد على شفاء المرضى، ولكن لهذا الدواء آثار جانبية سيئة لذلك وجب استعماله بحذر وحرص شديدين.

كما تستخدم المضادات الحيوية لعلاج حمى التايفوئيد وهذه المواد أو العقاقير توقف نمو بكتيريا التايفوئيد وتعجل بالشفاء ويؤدي استخدام المضادات الحيوية دوراً كبيراً في تقليل حالات الوفاة بحمى التايفوئيد.

الوقاية:

التايفوئيد مرض خطير، وقد انخفض انتشاره في العالم بشكل أوبئة، حيث أصبح التحكم في الأوبئة في المجتمعات المتقدمة جداً عن طريق اتباع وسائل الصحة العامة وحدها، لذلك يجب الاهتمام بمستوى الصحة العامة ونظام المجاري والتخلص من الفضلات فيها، لأن ذلك يمنع جراثيم التايفوئيد من الوصول إلى مصادر المياه أو الطعام، كما أن السيطرة الفعالة على المرض تتطلب تحديد الاشخاص الحاملين للمرض.

أما في بلدان المناطق الحارة التي ينتشر فيها توالد الذباب، والبلدان الأقل تقدماً والتي تكون الأنهار هي موارد مياه الشرب ومصب الفضلات معاً، فإن الخطر يكون أكثر شدة، لذلك كانت هناك حاجة إلى الوقاية، والتطعيم (Vaccination) بلقاح تم تركيبه من جراثيم التايفوئيد بعد قتلها يعطي وقاية جزئية لعدة سنين وهو الطريق المتبع للوقاية من التايفوئيد.

حمى الصفراء Amarillic typhus :

هو مرض فايروسي ينتقل بواسطة نوع من البعوض، ويدمر هذا الفايروس الكثير من أنسجة الجسم وخاصة أنسجة الكليتين مسببة انخفاض كمية البول، وأنسجة الكبد، مسببة عدم أداء الكبد لوظائفه بشكل طبيعي، فينتج عنه تجمع أصباغ الصفراء في الجلد، وتجعل هذه الأصباغ لون الجلد يميل إلى الاصفرار ومن هناء جاء اسم المرض.

المسببات:

تحدث حمى الصفراء نتيجة دخول فايروس الحمى الصفراء الذي تحمله البعوضة المصرية (Aedes Egypti) من شخص لآخر، وعندما تلدغ البعوضة شخصاً أو حيواناً مصاباً ثم تلدغ آخر سليم فإن الفايروس يدخل إلى الجسم فينمو بسرعة وتستطيع لدغة البعوضة بعد مرور فترة تتراوح بين تسعة وإثنى عشر يوماً إحداث الحمى الصفراء، كما تستطيع البعوضة التي أصبحت حاملة للعدوى نقل المرض فيما تبقى من حياتها.

أعراض المرض:

تبدأ المرحلة الأولى للمرض بعد إصابة الشخص بلدغة البعوضة بفترة تتراوح بين ثلاثة وستة أيام وتبدأ أعراض المرض بالظهور وتشمل:

- حمى.
- صداع ودوار.
- إمساك.
- الشعور بألم مستمر وثابت بالعضلات.

ولا يتقدم المرض لدى كثير من الناس إلى أبعد من ذلك، وتتراجع الحمى لدى الآخرين ليوم أو يومين ثم ترتفع بطريقة حادة ويتغير لون الجلد إلى الاصفرار وتنزف لثة المريض وكذا جدار المعدة ويشفى الكثير من المرضى في هذه المرحلة ويصاب البعض بالهذيان والغيبوبة ويتبع الغيبوبة الموت في معظم الأحوال، ويتعرض مرضى الحمى الصفراء للموت بنسبة ٢ إلى ٥ من جميع الحالات وقد ترتفع هذه النسبة أو تنخفض أثناء الوباء ويحقق المرضى الذين يبرأون من هذا المرض مناعة طويلة ضده.

العلاج:

لقد تُمكن من السيطرة على الحمى الصفراء في معظم المناطق المدنية ومن الممكن الوقاية من المرض بلقاح قام بتطويره في عام ١٩٣٧م ماكس ثيلر الطبيب الباحث من جنوب إفريقيا.

حمى القش Rhinallergosis، hay fever :

هي نوع من الحساسية تحدث في معظم الأوقات أثناء الربيع والصيف والخريف فالحشائش والأشجار والأعشاب تنشر حبوب اللقاح خلال هذه الفصول ويعاني من يصاب بهذه الحمى من حساسية تجاه حبوب اللقاح، وتسمى حمى القش طبياً الطُلاع.

المسببات:

يسبب هذا المرض نوع من الفطريات الطائرة أو فطر العفن كما يسبب نوع من الحساسية لبعض الأشخاص وقد تؤدي لزيادة خطورة أعراضها، وكما هو الحال في معظم أنواع الحساسية فإن حمى القش وراثية ومن الممكن أن تحدث للشخص حساسية حمى القش في أي عمر.

أعراض المرض:

- احمرار العين وإفرازها للدموع والإحساس بحكة فيها.
- الشعور بالحاجة للعطس المستمر وقد يفقد بعض المصابين حاسة الشم بصورة مؤقتة.
- انسداد أذن المريض في بعض الحالات.

التشخيص:

تتشابه أعراض مرض حمى القش إلى حد كبير أعراض التهاب الأنف التحسسي الدائم لالتهاب الغشاء المخاطي، لذلك يقوم الطبيب بعمل اختبار للتعرف على أسباب حساسية المريض، فإذا ثبت أن المريض يعاني من حمى القش فإن الطبيب يجرى اختبارات ليكتشف أي حبوب لقاح أو فطريات أو عفن خبز سبب تلك الحساسية ومعظم الأشخاص الذين يعانون من التهاب الأغشية المخاطية لديهم حساسية لكل أشكال الأتربة، وخاصة أتربة المنازل، وكذلك لبعض الأطعمة وحتى للقشور المتطايرة من الحيوانات.

العلاج:

يعطى المصاب عقاقير مضادات الحساسية التي تعطي بعض مرضى الحساسية راحة سريعة، ولهذه العقاقير تأثيرات جانبية شديدة الخطورة لبعض الأشخاص لذلك يجب تناولها تحت إشراف الطبيب، بالإضافة إلى العقاقير الأخرى التي تعمل على تقليل التورم في الأغشية المبطنة للأنف، وتقلل من سيولة السائل المخاطي واحتقان الأنف، وهناك علاج يهدف إلى تقليل الحساسية وإضعافها يتضمن حقن مشتقات حبوب اللقاح في جسد المريض على فترات منتظمة وهذا من شأنه أن يزيد تركيز حبوب اللقاح وتدفع هذه الحقن جسم المريض لإفراز أجسام مضادة تساعد في القضاء على ردة الفعل للحساسية.

حمى النفاس Purperal Fever:

حمى تصيب النفساء من عدوى في أثناء ولادتها وكانت فيما مضى من أخطر مضاعفات الولادة، وسبباً في نسبة كبيرة من الوفيات على إثر الوضع، تناقص خطرها إلى حد كبير بفضل وسائل التعقيم والأدوية الحديثة كالكيمياويات القاتلة لمعظم أنواع الجراثيم والأدوية المضادة.

المسببات:

تنشأ هذه الحمى من تسرب العدوى إلى أنسجة الجهاز التناسلي للمرأة في أثناء الولادة وخاصة في الولادات العسرة وفي حالة ضعف مناعة الجسم بسبب الحمل ومضاعفاته والولادة وإجهادها.

أهم الجراثيم المسببة لهذه الحمى هي المكورات السبحية والمكورات العنقودية، فإذا ما تسربت إلى الدورة الدموية اشتد خطرها لما تحدثه من تسمم دموي.

ومصادر العدوى بهذه الجراثيم قد تكون الأعضاء التناسلية نفسها أو مكاناً آخر من جسم الوالدة، **وفي أكثر الأحوال من الأدوات والآلات التي تستخدم في التوليد بغير تعقيم كاف، أو من مخالطة الوالدة أو القائمين على توليدها، وخاصة من يسمون حملة الجراثيم في أفواههم، إذ تنتقل العدوى منهم بواسطة ما يخرج من أفواههم من رذاذ يتناثر في غرفة الوالدة فيلوثها بهذه الجراثيم.**

أعراض المرض:

إن الأعراض العامة لحمى النفاس لا تختلف عن مثيلاتها في سائر الحميات وتبدأ عادة في اليوم الثاني أو الثالث بعد الولادة.

فتعتري المريضة قشعريرة يعقبها ارتفاع في درجة الحرارة وإسراع في النبض، والعوارض المنذرة بالخطر هي استمرار سرعة النبض الذي يتجاوز مائة وعشرين نبضة في الدقيقة الواحدة والأرق وكثرة القيء وفقد الشهية وتكرر نوبات الرعشة.

حمى رثوية (روماتزمية) Rheumatic Fever:

هي مرض التهابي خطير يحدث للأطفال والبالغين لأنها قد تمتد إلى القلب وتؤثر في صماماته وتقلل من كفاءتها، فهي تصيب بشكل أساسي القلب والمفاصل والجهاز العصبي المركزي، والجلد والنسيج تحت الجلد.

وتعتبر من أمراض النسيج الضام أو كداء وعائي كولاجيني، **والمميز لهذا المرض هو تخريب ألياف الكولاجين وهي المادة الأساسية المكونة لأغلب الأنسجة في الجسم، ويحدث بعد إصابة حديثة ببكتيريا العقديات الحالة للدم** المجموعة أ Hemolytic Streptococci Group A **في البلعوم أو اللوزتين حصراً، وبآلية مناعية** (تكوين أضداد مناعية في الجسم ضد البكتيريا تهاجم الأنسجة) **وليس بالبكتيريا نفسه.**

تظهر الهجمة الأولى للحمى الرثوية بين عمر ٥ – ١٥ **ونادراً ما تحدث تحت** سن ٥ سنوات، **وتزداد الإصابة في المناطق المزدحمة، وتصيب الذكور والإناث بالتساوي.**

ويزيد استمرار الالتهاب لفترة أطول من احتمال الإصابة بالحمى الرثوية، كما أن حدوث الداء لا يكون إلا عند نسبة ضئيلة من المرضى الذين يتعرضون لالتهاب البلعوم أو اللوزتين بالبكتيريا وتزداد هذه النسبة في حالات الوباء لتصل إلى ٣%.

المسببات:

تسبب الحمى الرثوية الإصابة بالعقديات من مجموعة A، وتصيب هذه المجموعة الفم واللوزتين عادة، وتكون على شكل كرات صغيرة جداً بشكل شريط أو مسبحة، ولذلك تدعى بالمكورات المسبحية.

وتتميز الفترة الحادة من الحمى الرثوية بإرتكاسات التهابية للنسيج الضام وتأخذ شكل التهاب أوعية عام يصيب الأوعية الدموية الصغيرة مع وجود مظاهر خثرية (تكون جلطات في الأوعية الدموية) تؤدي بالنهاية إلى تخرب هذه الأنسجة.

أعراض المرض:

١- التهاب العضلة القلبية **Cayditis Pan**:

كثيراً ما تمتد الحمى الروماتيزمية إلى القلب مسببة التهاب العضلة القلبية (Cayditis)، ويشاهد عند ٥٠% من مرضى الحمى الرثوية ويصيب جميع طبقات القلب من الشغاف (الطبقة الداخلية للقلب Endocardium) حتى التامور (الطبقة الخارجية للقلب Pericardium) Pan Carditis والشائع هو التهاب صمامات القلب وأكثرها إصابة الصمام التاجي Valve Mitral والصمام الأبهري Aortic Valve، والحمى الرثوية هي أكثر أسباب حدوث قصور الصمام التاجي Mitral Valave Regurgitation وتضيق الصمام التاجي Mitral Valave Stenosis.

وتظهر أعراض هذا الالتهاب بظهور نفخات قلبية لقصور أبهري أو تاجي وهو أكثر الأعراض شيوعاً، وعلامات وأعراض التهاب غشاء التامور، وقصور القلب الإحتقاني وقد تسيطر في الحالات الأكثر شدة، وأحياناً يحصل الموت نتيجة لحدوث قصور القلب أثناء المرحلة الحادة من المرض، أو قد يستمر الخطر السمّي الدائم مما ينتج عنه في النهاية حدوث عجز خطير في القلب.

٢- التهاب مفاصل عديدة وهاجر Polyarthritis:

تظهر الهجمة العادية للحمى الروماتيزمية (الحمى الرثوية) **بشكل التهاب مفاصل عديدة متنقل** (ينتقل من مفصل لآخر) **وحاد** Migratory Polyarthritis، **ويترافق هذا الالتهاب بظهور علامات وأعراض لمرض التهابي حاد، وتكون المفاصل الكبيرة للأطراف هي أكثر مفاصل الجسم تعرضاً للإصابة، ويحدث للمصاب التهاب مفاصل اليدين والقدمين بشكل واضح، ولكن من النادر إصابة العمود الفقري أو العظم القصي أو العظم الترقوي أو الفكي أو الصدغي به، ويشاهد عند ٧٠% من مرضى الحمى الرثوية.**

يتورم المفصل ويكون الجلد فوق المفصل أحمر اللون، حار، مؤلم ولا يستطيع المريض تحريكه، والمميز لالتهاب المفاصل هذا هو أنه يستجيب بسرعة للأسبرين (خلال ٤٨ ساعة) **وإذا لم يستجب للأسبرين بسرعة يجب وضع التشخيص موضع الشك.**

٣- داء رقص سيدنهام Sydenham's Chorea:

يتميز هذا الاضطراب في الجملة العصبية المركزية بحدوث حركات فجائية غير هادفة وغير منتظمة، وتترافق هذه الحركات غالباً بضعف عضلي وعدم ثبات انفعالي، ويصيب ٢٠% من مرضى الحمى الرثوية، ويظهر بعد ٣ أشهر أو أكثر من **بدء الإصابة الحديثة بالبكتيريا، ومع ذلك فقد يكون العرض الوحيد للحمى الرثوية.**

وداء الرقص هو من الأعراض المتأخرة للحمى الروماتيزمية وقد تكون الأعراض الأخرى موجودة أو غير موجودة عندما يظهر التهاب المفاصل العديدة وخاصة عندما يكون التهاب المفاصل جزءاً من نفس الهجمة الروماتيزمية وغالباً ما يخمد قبل ظهور داء الرقص.

إن البدء السريري لهذا العرض يكون غالباً بشكل تدريجي حيث يشعر المريض بأنه متضايق وعصبي المزاج بشكل غير عادي ومتململ، وقد يكون لديه صعوبة في القيام بالكتابة أو الرسم أو الأعمال اليدوية، ويصبح الكلام انفجاري، وأكثر العضلات إصابة به هي عضلات الوجه والأطراف.

وقد تصبح الحركات التشنجية الرقصية غير المنتظمة قوية وعنيفة بحيث يكون من الضروري تبطين أو حشو سرير المريض لكي تمنع إصابته بالرضوض والأذى.

وتشتد هذه الأعراض وتتفاقم بالتهيج والجهد أو التعب وتخمد أثناء النوم.

إن عدم الثبات الانفعالي موجود دائماً في مرض داء الرقص حيث تظهر كل درجات اضطراب الكلام وتتفاقم منبهات الجهاز العصبي المركزي وتثبط المركنات الفعالية الرقصية.

٤- العقيدات تحت الجلد **Subcutaneous Rheumatic Nodules**:

وهي عقيدات قاسية غير مؤلمة متحركة صغيرة يتراوح حجمها (٠,٥-٢) سم وتقع فوق النتوءات العظمية ولذلك فهي كثيراً ما تختفي وتزول بدون أن يلاحظها المريض، ويتحرك الجلد فوقها بحرية، وغالباً ما تظهر عند المرضى الذين لديهم إلتهاب قلب، وتشاهد عند ٢-٣ % من مرضى الحمى الرثوية.

أما المواضع المميزة لها فهي في الأوتار الباسطة في اليدين والقدمين والمرفقين ولوح الكتف والنواتيء الشوكية للفقرات.

٥- الحمامي الهامشية **Marginatum Erythema**:

وهو طفح جلدي أحمر لطاخي غير حاك سريع الزوال مميز للحمى الروماتيزمية، وتشاهد عند ٥% من مرضى الحمى الرثوية، وغالباً ما يكون في المناطق الحمامية مراكز شفافية ومحيط ذو حواف ثعبانية الشكل وهي تختلف كثيراً في أحجامها.

وتحدث بشكل رئيسي على الجذع والأجزاء القريبة من الأطراف ولا تحدث على الوجه أبداً وتكون عادة عابرة هاجرة وغير قاسية ولا تسبب الحكة وتبيَض عند الضغط عليها، وقد تزداد بالحرارة.

أما الأعراض السريرية الصغرى فتتضمن:

١- ارتفاع في درجات الحرارة.

٢- حدوث آلام مفصلية.

٣- آلام في منطقة البطن.

٤- تسارع نبضات القلب.

٥- حدوث الرعاف (نزف الأنف).

٦- فقدان الشهية.

التشخيص:

١- الفحوصات المختبرية:

لا توجد هناك فحوصات مختبرية نوعية محددة تشير إلى وجود الحمى الروماتيزمية، إلا أن تقييم الفعالية الروماتيزمية من خلال إجراء الفحوصات المختبرية أمر مهم حيث أن هناك اختبارات عديدة يمكن أن تشير إلى استمرار الالتهاب الروماتيزمي في الجسم عندما لا تكون الأعراض السريرية ظاهرة ومن هذه الاختبارات:

- اختبار أضداد العقديات لكشف الأنتان العقدي السابق:

- اختبار الأنتي ستربتوليزين Anti-Streptolysin O Titre (ASOT):

وهو الأوسع استخداماً حيث يعتبر اختبار أضداد العقديات القياسي.

- اختبار الأنتي ستربتوزيم (ASTZ):

وهو اختبار لتراص تركيز المستضدات العقدية خارج الخلية الممتصة من قبل كريات الدم الحمراء وهو اختبار حساس للالتهاب الحديث بالعقديات، وفي الحقيقة إن جميع مرضى الحمى الروماتيزمية لديهم نسبة أكثر من ٢٠٠ وحدة لكل مل.

- عزل العقديات من المجموعة A:

تستمر الإصابة لدى بعض المرضى بالعقديات من المجموعة A عند بدء الحمى الروماتيزمية الحادة ولكنها توجد عادة بأعداد صغيرة ويصعب في هذه الحالة عزلها مختبرياً.

وإن استعمال البنسلين أو المضادات الأخرى قد ينجم عنه فشل في عزل العقديات المسؤولة عن الالتهاب، بالإضافة إلى أن عدد كبير من الأفراد الطبيعيين وخاصة الأطفال، قد يصابون بالعقديات من المجموعة A في القنوات التنفسية العليا، وكذلك فإن هذه الفحوص المختبرية تكون نتائجها أقل اقناعاً من اختبارات الأضداد في دعم الالتهاب الحديث بالعقديات.

- ارتكاسات الطور الحاد (Acute Phace Rectants):

تقدم هذه الاختبارات اثباتاً موضوعياً ولكنه إثباتاً غير نوعياً على وجود إصابة التهابية حديثة، وأكثر هذه الاختبارات شيوعاً في الاستخدام هو اختبار سرعة ترسب كريات الدم الحمراء، واختبار البروتين C الارتكاسي في مصل الدم، وإذا لم يكن المريض يتناول الأدوية من مجاميع الستيروئيدات القشرية أو الساليسيلات فهذه الارتكاسات تكون شاذة دائماً في المرضى تقريباً، والتي تظهر عليهم أعراض التهاب مفاصل عديدة أو التهاب حاد في القلب، ولكنها تكون طبيعية غالباً في مرضى داء الرقص.

- الفحوصات المختبرية الأخرى التي تعكس الالتهاب وتشمل:

- الارتكاسات:

مثل سرعة ترسيب الدم ESR زيادة نسبة الزلال، وزيادة المتممة والبروتين الإرتكاسي سي CRP والغلوبولينات.

- تطاول فترة P-R على تخطيط القلب الكهربائي ECG :

وبالرغم من أن هذا التطاول ليس نوعياً بالنسبة للحمى الروماتيزمية وليس مشخصاً لإصابة قلبية خطيرة فإنه كثير الورود في حالات الحمى الروماتيزمية الحادة (حوالي ٢٥% في جميع الحالات)، كما أن التغيرات التخطيطية اللانوعية الأخرى شائعة أيضاً.

المضاعفات:

قد تؤثر الحمى الرثوية (الحمى الروماتزمية) في الصمامات القلبية فتحدث فيها خللاً يؤدي إلى التقليل من كفاءتها، وأكثر الصمامات القلبية تأثراً بالحمى الروماتزمية هما صمام الميترال (Mitral Valve والصمام الأبهري (Aortic Valve)، وكلا هذين الصمامين يقعان في الجهة اليسرى من القلب، فيحدث نتيجة لذلك خلل في كفاءة الناحية اليسرى من القلب من الناحية الوظيفية (ضخه للدم).

وبالرغم من كون العضلة القلبية تقوم بتعويض النقص الحاصل في كفاءة الصمامات القلبية، فإنها تفعل ذلك على حساب طاقة القلب المحتجزة، لذلك فإن

الجهد الأقصى الذي يستطيع القلب أن يبذله يقل عن المستوى الطبيعي في الشخص العادي.

العلاج:

يجب إعطاء دورة علاجية بالبنسلين Penicillin **لمدة عشرة أيام، وفي حال وجود حساسية البنسلين عند المريض يعطى الأريثرومايسين** Erythromycin**، ليتم القضاء على العقديات من مجموعة** A **ويوصى بهذه الدورة العلاجية الوقائية حتى ولو كانت نتيجة الزرع البلعومي للعقديات سلبية.**

وتعتبر دورة البنسلين هذه فعالة عند أخذ الحقنة الوحيدة البالغة ١,٢مليون وحدة بنزاتين بنسلين عن طريق الحقن العضلي أو ٦٠٠,٠٠٠ وحدة من البروكائين بنسلين أيضاً عن طريق الحقن العضلي، **وتكون هذه الجرعة يومية تستمر لمدة عشرة أيام، وبعد انتهاء هذه الدورة العلاجية من البنسلين يبقى المريض تحت الرقابة الطبية المستمرة مع الاستمرار بإجراء الفحوصات للتأكد من عدم عودة الالتهاب مرة أخرى.**

وهناك علاج داعم للمرضى غير المصابين بالتهاب القلب، حيث تتم معالجة الحمى الروماتيزمية، وتخفيف التهاب المفاصل الحاد من خلال دورة علاج بالكودائين أو بالساليسيلات (الأسبرين).

وعند استعمال أدوية الساليسيلات (الأسبرين) **في معالجة الحمى الروماتيزمية يجب زيادة الجرعة حتى تحدث تأثيراً سريرياً أو تحدث سمية جهازية، وتتميز أعراض هذه السمية بحدوث طنين في الأذن وصداع وفرط تهوية وتكون جرعة البدء** (١٠٠-١٢٥ملغم/كغم) **في اليوم مقسمة على ٤-٥ جرعات ويستمر العلاج لمدة شهر.**

ويعطى المرضى مع إصابة قلبية مهمة (التهاب تامور أو قصور قلب احتقاني Congestive Heart failure) **عقار الكورتيزون بجرعة** ١-٢ ملغم **لكل كغم في اليوم، ويستمر العلاج** لمدة ٢-٣ شهور **ثم تخفض الجرعة بشكل تدريجي. ويضيف بعض الأطباء إليه الأسبرين** بجرعة ٧٥ ملغم لكل كغم في اليوم **عند البدء بتخفيض الكورتيزون وهذا يخفف فعلياً من حدوث انتكاس للمرض.**

ويشفى معظم المصابين بالحمى الروماتزمية من مرضهم بعد قضاء عدة أشهر في فراش المرض، وينصح المرضى بعد شفائهم بممارسة حياتهم بشكل طبيعي، ولكن لا يسمح لهم بالمشاركة في الأعمال والألعاب التي تتطلب جهوداً وتدريبات شاقة، والسبب في الحد من هذه النشاطات الشاقة يعود إلى أمرين:

الأول: أن التهاب العضلة القلبية الذي يحدث أثناء هجوم الحمى الروماتزمية يستغرق لكي يختفي تماماً وقتاً طويلاً جداً.

الثاني: أن الحمى الروماتزمية قد تؤثر تأثيراً كبيراً في صمامات القلب وتحدث فيها خللاً يقلل من كفاءتها.

الوقاية:

١-الوقاية الأولية:

تعتمد على الوقاية من حدوث الهجمات الأولية للحمى الرثوية وذلك بمعالجة التهاب البلعوم واللوزتين بالعقديات الحالة للدم مجموعة أ، ولتحقيق ذلك توجد عدة أنظمة علاجية منها:

- بنزاثين بنسيلين ج Benzathine Penicillin G ٦٠٠,٠٠٠ وحدة للشخص الذي وزنه أقل من ٢٧ كغم و ١٢٠٠,٠٠٠ وحدة للذين وزنهم أكثر من ٢٧ كغم، بالعضلة مرة واحدة فقط.
- بنسلين (ف) عن طريق الفم Penicillin V والجرعة ٢٥٠ ملغم ٢-٣ مرات يومياً للأطفال و ٥٠٠ ملغم ٢-٣ مرات يومياً للبالغين.
- الأريثرومايسين Erythromycin ٤٠ ملغم لكل كغم في اليوم ٢-٤ مرات يومياً وخصوصاً للأشخاص الذين لديهم حساسية من البنسلين وأعلى جرعة ممكن إعطائها هي ١ غم لكل كغم في اليوم.
- ممكن استخدام الأموكسيسيلين Amoxycillin بدل البنسلين ولكن ليس له أي أفضلية، وكذلك يمكن استخدام آزيثرومايسين Azithromycin بجرعة ٥٠٠ ملغم أول يوم ومن ثم ٢٥٠ ملغم يومياً لمدة ٤ أيام.

٢-الوقاية الثانوية:

إن أي التهاب للبلعوم بالبكتيريا يشكل خطورة كبرى للمرضى الذين لديهم إصابة هجمة سابقة للحمى الرثوية، حيث يكون لديهم احتمال كبير للإصابة بهجمة جديدة لها، وحتى الالتهاب غير العرضي بالبكتيريا (التهاب لا يسبب أعراض لدى المريض)، **لهذا السبب يجب المعالجة الوقائية المستمرة المضادة لهذه العقديات**، وينصح بالوقاية المستمرة للمرضى مع:

- **وجود تاريخ مرضي صريح للإصابة بالحمى الرثوية، أو رقص سيدينهام لوحده.**
- **مرض قلب رثوي صريح** (إصابة أحد صمامات القلب ووجود خلل في عمله).

وتبدأ المعالجة الوقائية مباشرة بعد انتهاء العلاج الأولي، وقد لوحظ بأن انتكاس المرض يزيد مع زيادة هجمات الحمى الرثوية وقصر الفترة بينهما وتخف عندما تتباعد الهجمات، وتستخدم في الوقاية الثانوية الأدوية التالية:

أ- بنزاثين بنسيلين ج Benzathine Penicillin G ١٢٠٠,٠٠٠وحدة حقنة بالعضلة كل ٣-٤ أسابيع.

ب- بنسلين (ف) عن طريق الفم Penicillin V والجرعة ٢٥٠ ملغم مرتين يومياً.

ج- الأريثرومايسين Erythromycin ٢٥٠ ملغم مرتين يومياً وخصوصاً للأشخاص الذين لديهم حساسية من البنسلين.

د- سلفاديازين Sulfadiazine عن طريق الفم بجرعة ٠,٥غم لكل كغم في اليوم لمن وزنهم أقل من ٢٧ كغم و ١ غم لكل كغم في اليوم لمن وزنهم أكبر من ٢٧ كغم، وخاصة لمن لديهم حساسية من البنسلين.

٣- فترة المعالجة الوقائية:

- **يستمر العلاج الوقائي في مرضى الحمى الرثوية الذين لديهم التهاب قلب مع**

خلل في أحد صمامات القلب، عشر سنوات على الأقل بعد آخر هجمة أو حتى سن الأربعين (٤٠) وأحياناً مدى الحياة.

- يستمر العلاج الوقائي في مرضى الحمى الرثوية الذين لديهم التهاب قلب بدون خلل في أحد صمامات القلب، عشر سنوات أو حتى يتجاوز سن الطفولة.
- يستمر العلاج الوقائي في مرضى الحمى الرثوية بدون إصابة قلبية خمس سنوات أو حتى سن ٢١ مهما كانت مدة العلاج.

حمى قرمزية Scarlatina :

هو مرض معدي يصيب الأطفال اكتسب اسمه من الطفح الجلدي البراق الذي ينمو أثناء المرض، وقد كان هذا المرض خطيراً ومنتشراً في السابق ولكنه أصبح أقل شيوعاً في كثير من الدول منذ مطلع الخمسينيات من القرن العشرين.

المسببات:

يصاحب الحمى القرمزية تلوث بكتيري للحنجرة أو البشرة، ويسبب هذا التلوث نوع من البكتيريا يسمى عقدية بيتا الحالة للدم (مجموعة أ)، وتحدث الحمى القرمزية إذا أفرزت هذه البكتيريا ذيفاناً (سماً) يؤثر في البشرة وسطح اللسان والحنجرة.

أعراض المرض:

- ألم في الحنجرة.
- حمى.
- صداع.
- تورم في الغدد الليمفاوية بالرقبة.
- ظهور الطفح الجلدي المرافق للحمى القرمزية خلال يومين من بداية المرض وقد ينتشر في معظم أنحاء الجسم ماعدا الوجه، ويصبح اللسان ملتهباً ويسمى في هذه الحالة لسان الفراولة.

- **تتسلخ البشرة بعد عشرة أيام وخاصة في الأصابع والراحتين وأخمص القدمين كذلك ينسلخ سطح اللسان ويصبح لونه أحمر خشناً ويسمى في هذه الحالة لسان التوت، وفي معظم الحالات تزول كل أعراض المرض خلال أسبوعين.**

وتكون الأعراض الأولى لمرض الحمى القرمزية مصحوبة بتلوث جلدي يختلف تبعاً لنوع إصابة البشرة، وفي الماضي كان يصحب الكثير من الحالات تلوث الجروح المكوري العقدي، أما اليوم فمعظم الحالات تكون مصحوبة بمرض القوباء (داء جلدي) المكوري العقدي.

العلاج:

يعطى المصاب بالحمى القرمزية دواء البنسلين وهذا المضاد الحيوي يقتل المكور العقدي كما يقضي على خطر الإصابة بالحمى القرمزية ولكنه لا يمنع دائماً الإصابة بمرض التهاب كبيبات الكلى الحاد، **وهناك عقاقير أخرى يمكن استخدامها لتخفيف بعض الأعراض كالحمى والصداع أو الحكة.ويجب على المصابين بالحمى القرمزية البقاء بالمنزل لمدة يومين أو ثلاثة بعد بداية العلاج بالبنسلين وذلك يقلل من خطر انتقال المرض إلى الآخرين.**

حمى كيو Q fever:

هي مرض حاد يسبب حمى، نتيجة للإصابة ببكتيريا كوكسيلا برونيتي Coxiella burnetti **وهو عدوى حيوانية تنتقل من الحيوان، ومن أعراضه بالإضافة إلى الحمى، صداع وتعب عام مع التهاب رئوي.**

حمى متموجة (حمى مالطة) Undulant Fever (Malta fever):

هو مرض يصيب الماشية من أبقار وجواميس كما يصيب الماعز والخنازير ويحدث بها إجهاضاً.

كان يسمى بالحمى المالطية لانتشاره بجزيرة مالطا وإصابة أغلب ماعزها بالمرض، وسبب المرض ثلاث فصائل من ميكروب واحد من شكل الباسيل يسمى

(بالبروسيلا) ويقسم إلى ثلاث فصائل تبعاً من نوع الحيوان.

ويعرض الإنسان لإصابته بعدوى أي من هذه الفصائل الثلاث، ويبدأ المرض بارتفاع تدريجي في درجة الحرارة، مع صداع، وفقد الشهية، وآلام في المفاصل والعضلات وإفراز عرق غزير وبخاصة في الليل، ويستمر المرض بين ظهور واختفاء للحمى وما يصاحبها من أعراض مدة قد تكون شهوراً أو سنوات.

وتنتقل عدوى المرض بواسطة شرب ألبان ماشية مصابة وبواسطة منتجات ألبان محضرة من لبن ملوث.

وتحدث العدوى مباشرة من الحيوانات المصابة بالملامسة، كما تحدث للأطباء البيطريين والفلاحين ومن يسنون بهذه الحيوانات وبخاصة في فترة إجهاضها وعلى ذلك يمكن أ، تنتقل العدوى إلى الإنسان متى استنشق هذا الهواء الملوث.

ولم يثبت بعد انتقال المرض من إنسان مريض إلى آخر سليم، وتتوقف مكافحة هذا المرض على التخلص من الحيوانات المريضة.

ويعتبر غلي اللبن أو بسترته من الاحتياطات التي تمنع الإصابة بالمرض.

حميات باراتايفوئيدية Paratyphoid fever :

مرض الباراتايفوئيد (Paratyphoid) هو مرض مماثل للتايفوئيد لدرجة يصعب معها التمييز بينهما دون إجراء الفحوصات المختبرية التي تميز بينهما، **ولكنه أقل خطورة من التايفوئيد، ويحدث كل منهما بسبب نوع مختلف من الجراثيم من مجموعة أيبر ثيليلا تيفي (Eberthella Typhi) التي تنتقل عن طريق الأطعمة الملوثة، وهو شائع تماماً في بعض البلدان إلا أن نسبة الوفيات التي تحدث بسببه قليلة.**

حول Strabismus:

هو انحراف في اتجاه إحدى العينين إلى الداخل أو الخارج أو لأعلى أو لأسفل بالنسبة للعين الأخرى أو كلاهما في كل الوقت أو جزئياً، **ويحدث الحول غالباً للصغار، وترى كل عين جزءاً مختلفاً من المنظر وتبعث إلى الدماغ بإيعاز يختلف تماماً عن الآخر، وفي معظم الحالات يحاول الدماغ إهمال الإيعاز الضعيف المرسل من العين**

المنحرفة، ويكون الحول إما اتجاه العين إلى الداخل تجاه العين الأخرى، أو تتجه العين إلى الجانب الخارجي للعين، ويسمى في هذه الحالة بالحول الوحشي.

الأنواع:

- حول دائم Manifest: وهو ظاهر في جميع الأوقات.
- حول متقطع Intermitent: يظهر في بعض الأحيان ويختفي في الأخرى.
- حول متبادل Alternating: ينتقل الحول من عين إلى أخرى وهو دلالة على تساوي قوة النظر في العينين.
- حول مخفي Latent: يظهر بالفحص الطبي أو الإرهاق.

أما الحول المتقطع عند الأطفال الرضع (قبل سن ٤-٦ شهور) فيعتبر ظاهرة فسيولوجية طبيعية.

أعراض الحول:

- ضعف النظر في العين المنحرفة (مثلاً كسل العين Amblyopia) عند الأطفال.
- صداع بسبب ضعف النظر.
- إزدواجية الرؤية (وقد يؤدي إلى الصداع).
- إغلاق الطفل لعين واحدة بصورة غير طبيعية خصوصاً في ضوء النهار.
- وضع الرأس حيث يميل إلى الجهة اليسرى أو اليمنى.

المسببات:

- طول أو قصر النظر.
- ضعف شديد في عضلات العين إحدى العينين دون الأخرى.
- أمراض في الجهاز العصبي منها (التي تسبب شلل في عضلات العين).
- سبب خلقي مثلاً بسبب تليفات في عضلات العين.

العلاج:

يمكن تصحيح كثيراً من حالات الحول اذا ما اكتشفت مبكراً، ويهدف العلاج إلى تحسين النظر ومهارة استخدام العينين عند الأطفال، وكذلك التخفيف من درجة

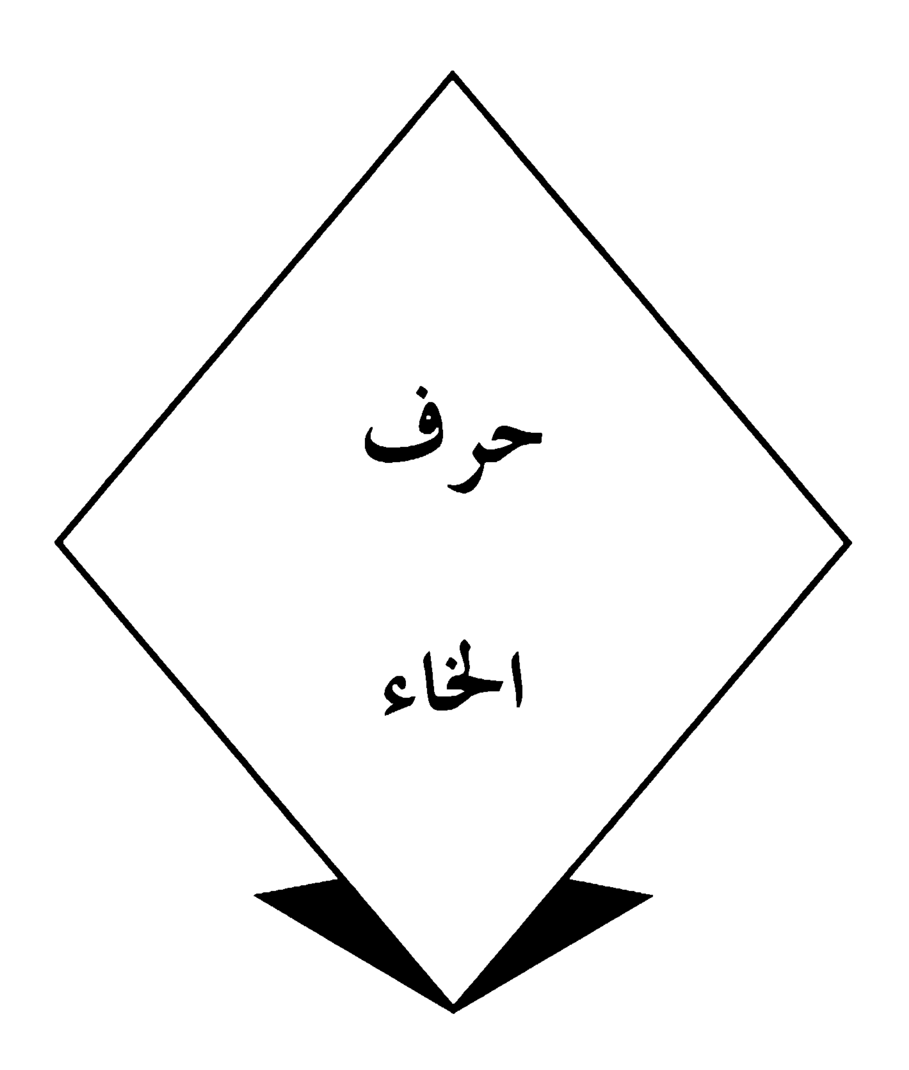
الانحراف (الحول) في جميع الأعمار وذلك عن طريق:

- **إزالة مسببات الحول** (مثلاً الماء الأبيض).
- **علاج كسل العين بتغطية العين السليمة لفترة من الزمن.**
- **استعمال النظارة الطبية** (في حالة طول النظر).
- **الجراحة لشد عضلات العين** (مثلاً في حالة الحول الخلقي).

حويصلة Vesicle:

هي علامة التهابية جلدية مجوفة صغيرة، تحتوي على سائل رائق مثل:

العقبول البسيط (الناكس) (Herpes Simplex).



حرف

الخاء



خفقان القلب Palpitation:

يحدث هذا الخفقان بصورة مستمرة وفي حالات الراحة التي لا يتم بها بذل أي مجهود من قبل الشخص المصاب، ويعتبر دليل على وجود مرض خطير في القلب، وهو يختلف عن الخفقان الذي يحدث في الظروف الاعتيادية عندما ينغمس الشخص السليم في أعمال تتطلب جهوداً غير عادية.

المسببات

١- التعرض لصدمة نفسية مفاجئة أو موقف مؤثر مفاجئ.

٢- امتلاء المعدة بالطعام.

٣- الإصابة بفقر الدم.

٤- التدخين.

٥- تعاطي الكحول.

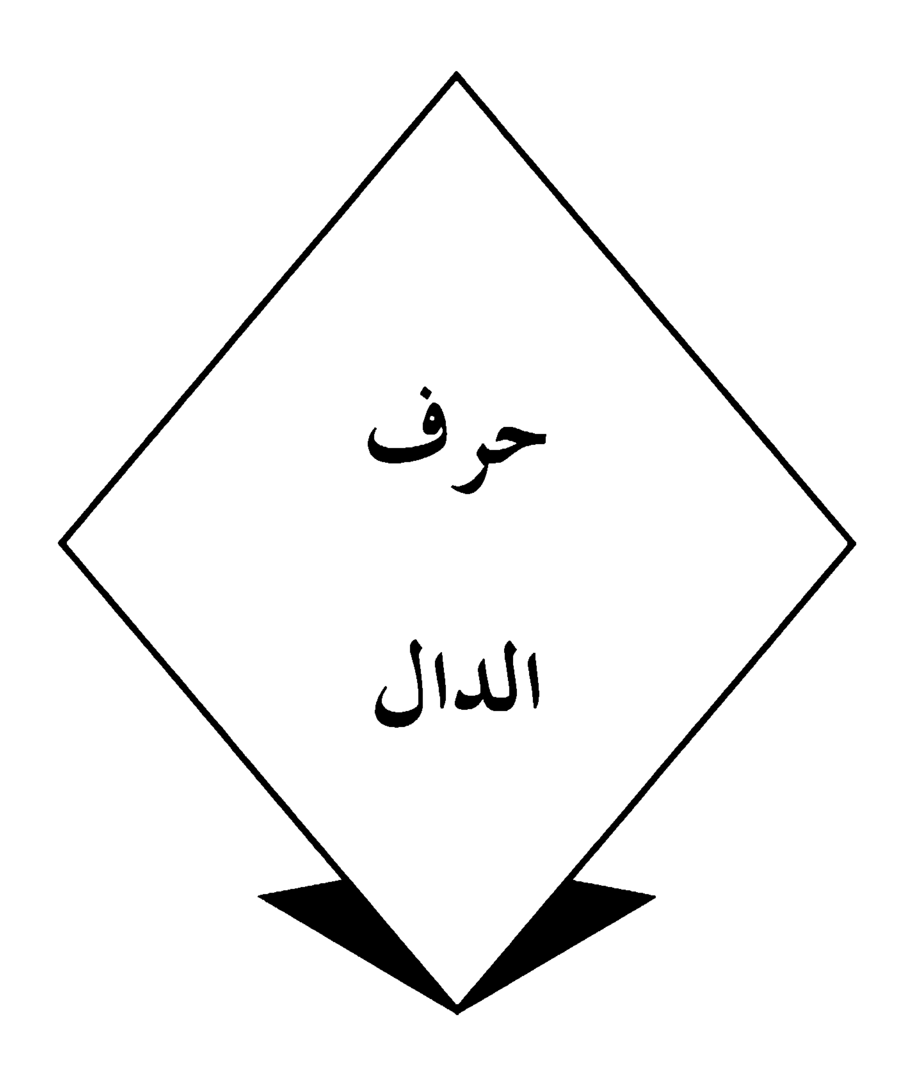
٦- الإكثار من تناول الشاي والقهوة.

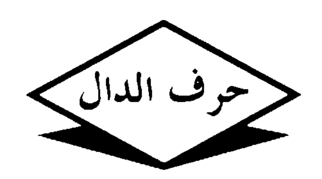
العلاج:

يتم علاج هذه الحالة بتوفير الراحة للمريض وعدم القيام بالأعمال الشاقة التي تتطلب مجهوداً عضلياً من شأنه أن يزيد من نبضات القلب مما يؤدي إلى إجهاد عضلة القلب.

خلل التصبغ Dyschromia:

هو حدوث تغير في لون الجلد، ويكون إما زائداً كاسوداد الجلد أو ناقصاً كالبهاق.


حرف
الدال



داء البطانة الرحمية Endometriosis:

هي خلايا تنمو بشكل غير طبيعي داخل الرحم، وينتشر هذا المرض بين الكثير مـــن السيدات.

المسببات:

سببه غير معروف حتى الآن.

أعراض المرض:

ليس لهذا المرض أعراض محددة، فالأعراض التي من يمكن ملاحظتها في بعض الأحيان هي :

- ألم في الحوض أثناء الدورة الشهرية.
- نمو البويضة بشكل غير طبيعي أو هروبها.

التشخيص:

يشخص هذا المرض عن طريق الفحص السريري والفحص بالسونار.

العلاج:

يتضمن العلاج عقار لتخفيف الألم أو علاج هرموني وأحياناً الجراحة.

داء الثعلبة Alopecia: :

وهو مرض جلدي كثير الحدوث واسع الانتشار.

أعراض المرض:

١- ظهور بقع مستديرة خالية من الشعر تماماً.

٢- تكون هذه البقع غير وسوفية ولا حاكة وغير معدية.

٣- تقع هذه البقع على الفروة أو الذقن غالباً.

٤- قد تكون هذه البقع وحيدة أو متعددة.

الأنواع:

بالإضافة إلى النوع الأول المذكورة أعراضه أعلاه هناك نوع من داء الثعلبة تشمل الإصابة به معظم شعر الرأس أو حتى جميع مناطق شعر الجسم وتسمى بداء الثعلبة المجردة.

المسببات:

لا تزال العوامل المسببة لداء الثعلبة غير معروفة حتى الآن، ويتهم في إحداثها الاضطرابات العصبية النفسية، وهناك نظرية ترد نشوء داء الثعلبة إلى وجود بؤر التهابية في مكان ما من العضوية مثل:

- اللوزتين.
- البؤر السنية.
- اضطرابات الرؤية.

العلاج:

يتم علاج داء الثعلبة بالمراهم المحمرة للجلد أو الكاوية مثل حامض الخل الثلاثي الكلور، أو تعرضها لمقادير محمرة من الأشعة فوق البنفسجية أو الكي البارد بثاني أوكسيد الفحم (الثلج الفحمي)، أما داخلياً فيعطى المصاب المضادات الحيوية والفيتامينات والعناصر المعدنية، وقد يعطى الكورتيزون، كما أنها قد تشفى بشكل عفوي.

داء الصدفية Psoriasis:

وهو مرض جلدي واسع الانتشار، يصيب كلا الجنسين من كافة الأعمار، كما إنه غير معد على الإطلاق، وهناك شكل وراثي واضح من داء الصدفية وهو كثير الانتكاس ويندر شفاؤه ولكنه قد يغيب بالعلاج أو بدونه لأشهر طويلة.

المسببات:

ما تزال أسباب هذا المرض مجهولة وأن كان التعرض للصدمات العصبية النفسية له دور بارز في إحداثه وظهوره.

أعراض المرض:

- ظهور حطاطات أو سطوح واسعة حمامية وسوفية ذات حدود واضحة، وغالباً ما تقع هذه الحطاطات في أماكن انتقائية قرب النتوءات العظمية، فتظهر على المرفقين والركبتين والناحية القطنية العجزية وعلى فروة الرأس وعلى السطوح الانعطافية للأطراف، كما يمكن أن تظهر عناصر الاندفاع في أماكن الرض مثل الخدوش والجروح وهذا ما يعرف بعلامة كوبنر.

وإذا ما حكت هذه الحطاطات الوسوفية بكاشطة خاصة أو بالظفر فإن هذه الوسوف تتفتت بالحك بشكل لامع دقيق، وتسمى هذه العلامة (بقع الشمع) وإذا استمر الفحص بالحك فإنه يلاحظ بعد انتهاء الوسوف اقتلاع صفحة رقيقة رطبة تدعى (الورقية المقتلعة) ويبدو تحتها نتوح نقاط عديدة من مادة مصلية وتسمى هذه العلامة (الندى المدمى).

- داء الصدفية لا يكون مصحوباً على الغالب بأي شكوى من ألم أو حكة وإنما يؤدي منظره إلى انزعاج وقلق نفسي عميق.

الأنواع:

أ - الصدف النقطي (**Guttate Psoriasis**):

هو عبارة عن حطاطات حمراء صغيرة تقع على جلد الجذع ويترافق مع هجمة إنتانية حادة في الطرق التنفسية العليا غالباً.

ب - هناك شكل جغرافي يبدو على شكل سطوح غير منتظمة، وقد يكون محصوراً في منطقة معينة من الجلد أو يكون عاماً.

- قد يصيب الأظافر فتبدو محفورة على شكل نقاط تسمى (علامة الكشتبان).
- قد يصيب المفاصل ويسمى في هذه الحالة (الصدف المفصلي) حيث يؤدي حينئذ إلى الشعور بآلام مفصلية، ويؤدي إلى حدوث تشوهات مزعجة فيها تشبه نظيرة الرثوية المفصلية.

المضاعفات:

قد يؤدي العلاج السيئ لداء الصدفية إلى حدوث اختلاط مزعج يعرف بالاحمرية الصدفية، وهو عبارة عن احمرار شامل وتوذم في معظم أنحاء الجسم يرافقه وسوف غزيرة.

العلاج:

ليس لداء الصدفية علاج نوعي أو دواء حاسم يجزم معه بالشفاء ولكن العلاج هنا يهدف إلى تخفيف أعراض المرض، فيعطى للمصاب مراهم لعلاج حالات الوسوف مثل مرهم الصفصاف ذو التركيز (٥-١٠%) بالإضافة إلى المراهم المرجعة كالمراهم القطرانية والكبريتية وأفضل هذه المراهم هو مرهم حامض الكريزوفاني، كما ينصح المصاب بالاستحمام اليومي.

أما العلاج الداخلي فيعطى للمصاب مجموعة من الفيتامينات الضرورية مثل فيتامين (أ) و فيتامين (ب) مع فيتامين (ب١٢) ، وهناك الأدوية الحديثة مثل مضادات الانقسام الخلوي، وتعطى هذه الأدوية بالإضافة إلى استعمال العلاج الضوئي الكيميائي الذي يتم بواسطة جهاز بوفا (P U V A).

داء الفيل **Elephantiasis**:

هو مرض جلدي تكثر الإصابة به في المناطق الاستوائية، وسمي بهذا الاسم نسبة إلى أن الجلد في المنطقة المصابة يصبح سميكاً وخشناً كجلد الفيل .

المسببات:

غالباً ما تسبب هذا المرض الدودة الخيطية الفيلاّرية، وهي حشرة صغيرة جداً يحملها البعوض ويضعها داخل جسم الإنسان عن طريق اللسع، وتستقر داخل الأوعية الليمفاوية، مما يعيق تصريف السائل الليمفاوي من الأنسجة المحيطة .

أعراض المرض:

- ارتفاع درجة حرارة الجسم.
- خشونة الجلد.
- انتفاخ جزء من الجسم وغالباً ما يكون القدم.
- تحدث عادة عدة إصابات وتسبب كل واحدة منها انتفاخاً في العضو المصاب، ثم يكبر هذا العضو .

العلاج:

لا يوجد إلى الآن علاج شافٍ لداء الفيل، ولكن الجراحة والعقاقير تساعد في التخفيف من وطأة المرض، ويستطيع مريض هذا الداء الاستمرار في الحياة لعدة سنوات.

داء المبيضات Candidiasis :

هو مرض فطري يصيب الجلد والأغشية المخاطية والأحشاء وخاصة عند المرضى المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب.

المسببات:

تسبب داء المبيضات فطريات شبيهة بالخمائر أهمها المبيضات البيضاء التي تؤدي لإصابات مختلفة على الجلد والأغشية المخاطية.

أعراض المرض:

إن أهم الأنواع والأعراض السريرية لداء المبيضات هي:

١- داء مبيضات تجويف الفم:

تكون على شكل لويحات بيضاء كثيفة تظهر في فم الطفل الرضيع وتعرف بالسلاق (زهرة الحليب)، وكذلك تظهر عند الكهول ويصاب باطن الفم واللسان وزوايا الفم نتيجة لاستخدام المرديات وأطقم الأسنان.

٢- التهاب جلد منطقة الحفاظ:

هو التهاب يصيب جلد الأطفال الرضع في منطقة الحفاظ، وتصاب منطقة حول الشرج والمهبل عند الفتيات وتنتقل الإصابة من المبيضات المتواجدة في المسلك الهضمي.

٣- التهاب ما حول الظفر:

يحدث التهاب ما حول الظفر بالمبيضات عند الأشخاص الذين يلامسون الماء لفترة طويلة بحكم عملهم مثل بائعي المرطبات والحمص والفول وعمال المطاعم.

٤- إصابة جلد منطقة المغبن وتحت الثديين:

هو عبارة عن احمرار عام أو حطاطات حمراء مع تعطن أبيض بنفسجي يحدث غالباً عند الأشخاص البدينين أو المصابين بمرض السكري.

العلاج:

- **علاج المبيضات في الفم:**

يستخدم عقار النيستاتين عن الطريق العام بالإضافة لاستخدام محلول زرقة الميثيلين أو صبغة الجنشن.

- علاج إصابة المهبل:

تستعمل عقاقير على شكل غسولات مهبلية بالإضافة إلى تحاميل النيستاتين.

- علاج إصابات الجلد والأظافر:

تستعمل صبغة كاستلاني ومرهم النيستاتين ولا يستخدم النيستاتين عن الطريق العام إلا في حالة إصابة الجهاز الهضمي من الفم وحتى فتحة الشرج.

وبالإضافة إلى ما ذكر يجب إزالة العوامل المساعدة ويتم ذلك من خلال :

- وقف استخدام المضادات الحيوية.
- معالجة مرض السكري.
- تبديل رضاعات الأطفال القديمة :وهنا يجب أن يتم علاج فم الرضيع وثدي الأم في نفس الوقت.

داء المشعرات Trichomoniasis:

هو مرض يصيب الجهاز التناسلي، وهو من الأمراض الزهرية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي الممرض، ويصيب هذا المرض كلا الجنسين حيث يصيب النساء بنسبة (٧- ١٢%)، بينما يصيب الرجال بنسبة (٥- ٤٥%).

المسببات:

يسبب هذا المرض طفيلي سوطي صغير له ثلاثة أنواع هي:

- المشعرة الفموية Trichomonas Buccalis
- المشعرة المعوية Trichomonas Intestinalis
- المشعرة المهبلية Trichomonas Vaginalis

وهناك نوع آخر من المشعرات يكون مسؤولاً عن معظم حوادث الإجهاض يدعى بمشعرة البقر (Trivhomonas Bovis)، ولا يتمكن هذا الطفيلي السوطي من العيش خارج الجسم لأكثر من نصف ساعة وهذا ما يجعله صعب الانتشار، حيث ينتقل بواسطة الاتصالات الجنسية.

فترة الحضانة:

إن فترة الحضانة لهذا المرض صعبة التحديد، ولكنها تقدر ما بين (١٠- ٣٠)

يوماً عند الرجل وما بين (٣٠- ٤٠) يوماً عند المرأة.

أعراض المرض:

تختلف الأعراض والعلامات المرضية عند الرجل عنها في المرأة، فتتركز المشعرة عند الرجل في الإحليل وأحياناً تتواجد في المثانة (Bladder) أو في غدة البروستات (Prostate Gland) وفي أغلب الأحيان تكون حتى في الحويصلات المنوية (Seminal Vesicle)، **ويصاب الرجل بالمرض دون أن تظهر عليه أعراض مهمة فلا يعرف بأنه مصاب وهذا ما يعسر اكتشافه، وفي بعض الأحيان تظهر على المصاب أعراض تشبه أعراض مرض السيلان، فتخرج إفرازات من الإحليل، أو قد يشكو المريض من إفراز سائل أبيض -صفراوي عند الصباح كما في حالة السيلان.**

وتتركز المشعرة عند المرأة داخل المهبل (Vagina)، **كما تتركز الإصابة في الغدد الجنسية الملحقة بالجهاز التناسلي الأنثوي وفي الإحليل، بينما لا تكاد تتواجد المشعرة في المثانة أو أعضاء الجهاز البولي العليا أو الأعضاء الجنسية العليا.**

وأحياناً لا تظهر أعراض واضحة للمرض على المرأة المصابة ولكنها قد تشكو من:

- **إفرازات مهبلية غزيرة سائلة، ذات لون أبيض -مصفر، وتحتوي هذه الإفرازات على فقاقيع هوائية كريهة الرائحة.**
- **حرقة عند التبول نتيجة لالتهاب الإحليل حيث تتركز المشعرات.**
- **حكة شديدة مع احمرار بسيط في الأعضاء التناسلية الخارجية واحمرار واضح داخل المهبل.**

وتشتد هذه الأعراض بعد انتهاء فترة الحيض وتقل حدتها قبل ظهور الحيض لأنها تتأثر بالحموضة المهبلية التي تقتل الجراثيم أو تجمد نشاطها.

وتظهر هذه الأعراض بعد ستة أو ثمانية أيام من الاتصال الجنسي الممرض، وقد تدوم لفترة طويلة قبل أن تتم معالجتها فتصبح مزمنة، كما تشتد أثناء فترة الحمل.

التشخيص:

يتم تشخيص المرض عند المرأة من خلال:

- **الفحص السريري.**
- **إجراء الفحص المجهري لعينة من الإفراز المهبلي الأبيض** (أو من فوهة الإحليل) **ويتم مزجها مع بضع قطرات من المصل الفيزيولوجي وفحصها تحت المجهر.**
- **إجراء الزرع المختبري.**
- فحص بابا نيكولاو (Papanicolaou): **وهو فحص يجب أن تقوم به المرأة سنوياً يتم من خلاله اكتشاف الأمراض الخبيثة قبل عدة سنوات من حدوثها، ويساعد هذا الفحص الأطباء في اكتشاف العديد من الأمراض في مراحلها الأولى ومنها داء المشعرات.**

أما تشخيص المرض عند الرجل فيتم من خلال إجراء زرع للسائل الأبيض الخارج من فوهة الإحليل أو عن طريق زرع البول.

العلاج:

١- **يستعمل دواء الميترونيدازول** (Metronidazole) **على شكل أقراص تعطى على شكل جرعات تستمر** لمدة أسبوع أو ١٠ أيام **أو على شكل تحاميل مهبلية للمرأة المصابة .ولكي يصل العلاج إلى هدفه في تحقيق الشفاء التام يجب أن يشتمل على علاج الزوجين في نفس الوقت.**

٢- **يجب أن يمتنع المريض عن تناول الكحول خلال فترة العلاج، لأن الكحول تقلل من فعالية الدواء، كما يتداخل معه مسبباً التقلصات البطنية للمريض بالإضافة إلى التقيؤ أو الإصابة باضطرابات عصبية مثل الدوار والصداع.**

الوقاية:

تكون الوقاية بالمحافظة على النظافة العامة وإتباع أساليب الوقاية الصحية والابتعاد عن الاتصالات الجنسية المشبوهة التي تؤدي بالشخص إلى الوقوع في براثن المرض، ويجب استشارة الطبيب المختص فور ظهور أي عرض مرضي أو الشك بأدنى إصابة لكي تتم المعالجة في وقت مبكر.

داء المِلك:

هو نوع من التدرن يهاجم الغدد الليمفاوية في العنق بصفة خاصة، وهذه

الأنسجة الليمفاوية تساعد الجسم على مقاومة الأمراض عن طريق ترشيح البكتريا والميكروبات الأخرى، ومعظم ضحايا هذا المرض من الأطفال الصغار غالباً .

المسببات:

تسبب هذا المرض بكتريا التدرن (السل)، حيث يسببها شرب اللبن غير المبستر من أبقار مصابة بالتدرن، حيث يحتوي هذا الحليب على بكتريا السُل، وعملية البسترة تقتل هذه البكتريا .

أعراض المرض:

تتورم الغدد الليمفاوية في العنق، وقد تتورم الغدد المصابة تدريجياً لعدة شهور، أو حتى سنوات، ولا يشعر معظم المرضى خلال هذه الفترة بألم أو حمى، وكثير منهم يكونون في حالة صحية جيدة عموماً، وقد تنفتح الأورام ويخرج منها صديد مسبباً ألماً شديداً في العنق، ويجعلها تتورم .

التشخيص:

يتم فحص عينات من النسيج المصاب تحت المجهر، ويشخص المرض عن طريق تنمية بكتريا من العدوى في المعمل.

العلاج:

يتم شفاء معظم حالات داء الملك بالعقاقير المضادة للتدرن (أنظر التدرن).

داء المنطقة Herpes Zoster (Zona):

هو مرض يصيب الأعصاب المحيطية وخاصة الوربية (وهي الأعصاب الواقعة بين الأضلاع).

المسببات:

يحدث المرض نتيجة الإصابة بحمى راشحة خاصة، وهو نفس الفايروس الذي يسبب الحماق.

أعراض المرض:

تظهر أعراض المرض على شكل اندفاعات حمامية حويصلية على مسير العصب المصاب، ويسبق ظهورها شعور بآلام شديدة وإحساس بالحرق في المنطقة

المصابة، وهو دائماً وحيد الجانب ويسير غالباً بسلامة نحو الشفاء العفوي فتجف الحويصلات وتتقشر ثم تسقط القشور، ويشفى المريض بعد ذلك مكتسباً مناعة دائمية .

العلاج:

يعالج المصاب بواسطة المسكنات العامة مع الفيتامين (ب١- ب١٢) بالإضافة إلى العلاج الموضعي، حيث تطلى الإصابة بالمحاليل المطهرة عديمة اللون أو الملونة، ويجب فحص كافة الأجهزة الداخلية وخاصة عند المرضى المسنين.

داء النفق الرسغي Carpal Tunnel Syndrome :

هو اضطراب شائع، يسبب تنملاً في أصابع الإبهام والسبابة والأوسط لليد يسبب ألماً في اليد، ويحد من القدرة على استخدامها.

ويلعب العصب الأوسط الذي يمتد من الساعد إلى اليد عبر قناة في الرسغ محاطة بعظام وأربطة دوراً هاماً في حركة اليد على ويساعد على تنظيم حركة الأوتار التسعة والتي تساعد العضلات والعظام على ثني الأصابع وقبضة اليد .



الأصابع المصابة بالتنميل (باللون الأزرق) وتشير الدائرة إلى مكان الضغط على العصب الأوسط

المسببات:

يحدث نتيجة لضغط يتعرض له العصب المتوسط، الذي يمر عبر قناة النفق الرسغي المتكونة من عظام وأربطة الرسغ، وهناك حالات عديدة تؤدي إلى تضيق النفق الرسغي، وبالتالي الضغط على العصب المتوسط، منها :

- الإصابات بكسور الرسغ .
- التهاب المفاصل الذي يرافقه تورم الأوتار في النفق الرسغي .
- الحمل الذي يؤدي إلى ازدياد سمك الأغشية الزلالية حول الأوتار .
- الشذوذ الغددي مثل قصور الغدة الدرقية ومرض السكر.
- العمل الذي يحتاج إلى حركة متكررة من الرسغ قد يسبب داء النفق الرسغي .

أعراض المرض:

تتضمن أعراضه ألماً وخدراً في الإبهام والسبابة والخنصر والبنصر، **وكثيراً ما يصحو المصاب من نومه ليلاً عندما تشتد لديه الأعراض، ويصاب بعض ضحايا المرض بالضعف في عضلات اليد إلى حد أنه قد تسقط منهم الأشياء التي يحملونها، وعادة ما تظهر الأعراض لدى ثني الرسغ خلال القيام بأفعال مثل قيادة السيارة أو حمل كتاب أثناء القراءة .**

حماية الرسغ من الإصابة:

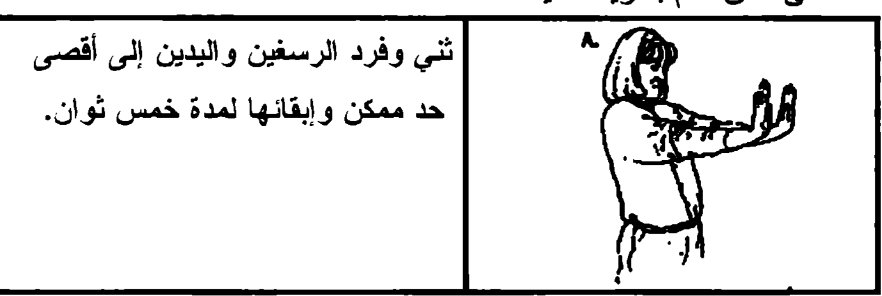
إذا كان استخدام اليد بشكل متكرر يومياً فيجب مراعاة الاحتياطات التالية :

١- عدم الاستناد بالرسغ على حافة صلبة، لأن هذا قد يؤدي إلى حدوث ضغط وتضخم .

٢- الجلوس على كرسي ذو ارتفاع مناسب، ومراعاة الجلوس على المكتب بحيث يكون الساعدين متوازيان مع الأرض، وعدم ثني الرسغين أثناء العمل سواء عند استخدام لوحة مفاتيح الآلة الكاتبة أو حتى على سطح المكتب .

٣- أخذ قسط من الراحة، فهذا يمنع الشعور بالتعب الذي يؤدى إلى الإجهاد الزائد في الرسغ .

٤- عمل تمارين لليدين في أثناء فترات الراحة يجب شد وتحريك اليدين لتساعد على تدفق الدم بطريقة سليمة .



ثني وفرد الرسغين واليدين إلى أقصى حد ممكن وإبقائها لمدة خمس ثوان.

B.	فرد الرسغين وتحرك الأصابع.
C.	قبض اليدين بشدة.
D.	ثني الرسغين مع إبقاء اليدين مقبوضتان لمدة خمس ثوان.
E.	فرد الرسغين وتحرك الأصابع.
F.	تحريك اليدين بالوضع المسترخي لعدة ثوان. يكرر التمرين ١٠ مرات يومياً.

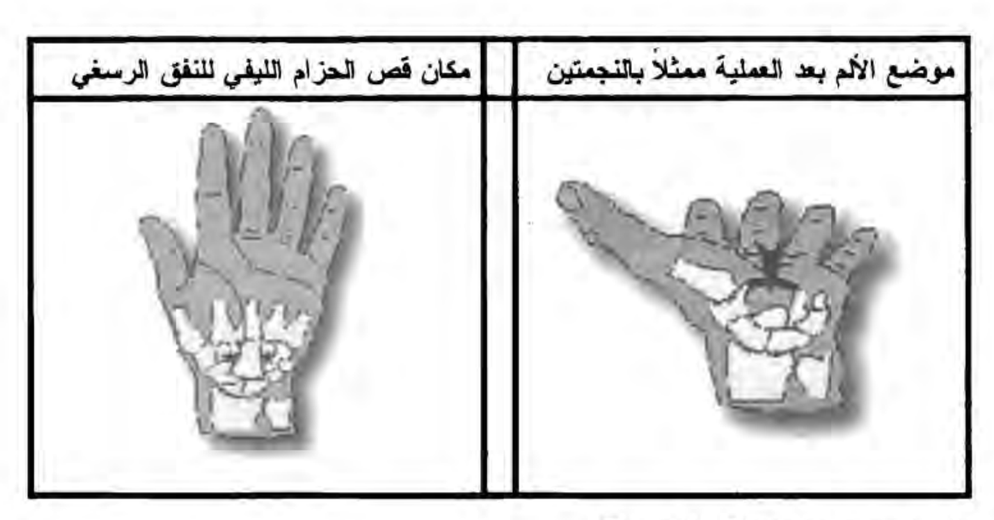
العلاج:

- يعالج هذا المرض من خلال علاج السبب الرئيسي المسبب له .
- ممارسة بعض التمارين الرياضية الخاصة بالرسغ.
- استخدام جبيرة للرسغ توضع في الليل .
- يعطى المصاب أدوية مضادة للالتهابات .
- قد يلجأ في بعض الحالات إلى العلاج الجراحي لتخفيف الألم ومنع إصابة العصب الأوسط بتلف دائم، وتجرى عملية تسليك النفق الرسغي بإحداث جرح في الكف بطول ٥سم ثم يقص الحزام الليفي الموجود على سطح هذه القناة وذلك لتخفيف الضغط الواقع على العصب الأوسط، وتعتبر هذه العملية من العمليات البسيطة وتجرى ببنج موضعي .

ويستجيب المريض غالباً للعلاج الجراحي ويزول التنميل والألم من اليدين، وتعتمد النتيجة على المسبب ومدة الأعراض فإذا كانت الأعراض موجودة لمدة طويلة فالاستجابة تكون بطيئة ,وإذا كان هناك شلل بالعضلات فهذه الحالة لا تتحسن بعد العملية، وبعض الحالات تصاب بالآم في مكان منشأ الحزام القابض للنفق ولكنها تزول بعد عدة شهور.



يشير رأس السهم الأحمر على موضع قص الحزام، وتمثل الدائرة الصفراء العصب والدوائر الأخرى أوتاد العضلات المحيطة بالعصب



داء باجيت Paget's Disease:

هو حالة شائعة وكثيراً ما تترافق مع الكسور خاصة في كسور عظمي القصبة والفخذ، وتكثر في هذه الحالة كسور الجهد (Stress Fractures) وتكون الكسور الشاملة لكامل عرض العظم معترضة .(Transverse).

التشخيص:

تكون الصورة الشعاعية للمرض معقدة حيث تظهر:

- تشكل أكياس (Cysts)عظمية.
- سماكة عظمية .(Bone Thickening).
- اضطراب في تكوينات العظم.

وقد يتبع الكسر في هذا المرض التبدلات الورمية (Sarcomatous Change) بعد أن يتآكل قشر العظم بالورم، كما يلاحظ أن التبدلات العظمية الحادثة في فرط نشاط الغدد جارات الدرقية (Hyperparathyroidism) قد تشابه بعض حالات الانتقالات العظمية التبدلات الحاصلة في داء باجيت.

العلاج:

إن زيادة الكثافة العظمية (Bone Density) والتشوه العظمي (Bone Deformity) الحاصلان في هذه الحالة يجعلان التثبيت الداخلي للعظم المكسور

صعباً، ولا تتأثر في هذا المرض سرعة الالتحام ومتانة الالتحام بشكل كبير عادة، فيمكن تطبيق المعالجة المحافظة في كثير من الحالات بنجاح.

داء هودغ كن Hodgkin's Disease :

يصيب هذا المرض النسيج المخاطي للمعدة وتشبه أعراضه أعراض مرض السرطان.

التشخيص:

يتم التشخيص عن طريق الفحص السريري والفحص الشعاعي والفحص بالمنظار ولا يثبت التشخيص إلا بالفحص النسيجي للخزعة النسيجية المأخوذة من المعدة بواسطة العملية الجراحية أو من خلال فحص عقدة ليمفاوية.

دايزنتري Dysentery:

هو مرض واسع الانتشار يكثر في البلدان الحارة وبعض البلدان المتقدمة، ويتم انتقاله عن طريق الطعام أو الماء الملوث أو عن طريق الذباب.

المسببات:

تسببه نوع من الأحياء الطفيلية المجهرية تدعى الأميبا التي تنقض على القولون بجميع أجزائه، وتحفر في جداره حفراً مكونة ما يسمى بالتقرحات.

أعراض المرض:

- إسهال شديد ويكون مصحوباً بالدم.
- الآم حادة في البطن.
- ارتفاع في درجة الحرارة.
- فقدان الشهية.
- ضعف علم.

وهناك أنواع عديدة من الدايزنتري ولكنها قلما تسبب الوفاة.

التشخيص:

يتم التشخيص بعد إجراء الفحص المختبري لتحديد نوع الطفيليات الموجودة في القولون .

المضاعفات:

قد يستفحل الأمر ويزداد حفر الأميبا وتتعمق داخل جدار القولون إلى أن تلتقي بوريد يحملها إلى الكبد، **فتنقض على الكبد مسببة التهاب الكبد الأميبي، وبعد أن تستقر في الكبد تبدأ بنهش خلاياه وتحولها إلى فجوات مسببة ما يسمى بخراج الكبد الأميبي.**

الوقاية:

تعتمد الوقاية على نظافة الطعام والابتعاد عن تناول الأطعمة المكشوفة الملوثة بالبكتريا والطفيليات، التي يقوم الذباب بنقلها من الأماكن القذرة إلى الطعام المكشوف.

العلاج:

إعطاء المريض الأدوية المضادة للطفيليات وتكون الدورات العلاجية لفترة معينة يحددها الطبيب المعالج بعد إجراء الفحوصات المختبرية للتأكد من خلوه من الأميبيا وأكياسها.

دخنية Prickly Heat:

هو حدوث تبدلات جلدية نتيجة لانحباس العرق ضمن الغدد العرقية أو الأقنية العرقية.

المسببات:

- **فرط الإفراز العرقي بسبب الحرارة أو الملابس الصوفية أو الكتيمة وتحدث لدى الرضع خاصة** (Prickly Heat (Miliaria)) **وتظهر على شكل حطاطات حمراء متعددة بعضها حويصلي بثري ويحدث بسبب زيادة التعرق وانغلاق فوهة الغدة العرقية.**
- **نقص التبخر بسبب رطوبة الجو.**

لذلك فإنها أكثر ما تشاهد هذه الإصابات في فصل الصيف حيث ارتفاع درجة حرارة الجو، كما يمكن أن تحدث في الفصول الباردة بسبب كثرة التدفئة وكثرة ارتداء الملابس.

دفتيريا Diphtheria :

هو مرض معدٍ يصيب الأطفال دون سن العاشرة وينتشر بين الصغار انتشاراً وبائياً.

المسببات:

ينتج عن عدوى الإصابة ببكتريا Diphtheria Bacilli، التي تصيب الحلق والبلعوم والأنف، وقد تصيب العين أو الفرج أو الشرج، أما مرض دفتريا الجلد فيحدث في أي موضع فيه خدش أو جرح .

أعراض المرض:

- ارتفاع درجة حرارة الجسم.
- احتقان الحلق والبلعوم.
- ألم وصعوبة في البلع.
- يظهر في موضع الإصابة غشاء قاتم اللون يساعد في تشخيص المرض، وهذا الغشاء هو الكمين الذي تتكاثر فيه بكتريا المرض ومنه تنفذ سمومها في دم المريض فيحملها إلى أعضاء الجسم الداخلية، وخاصة القلب والمراكز العليا للجهاز العصبي، وبسبب خاصية هذا الغشاء على الانتشار فقد يغطي اللوزتين، وقد ينتشر إلى القصبة الهوائية فيحدث بها انسداداً يسبب عسراً في التنفس وقد يؤدي إلى الموت اختناقاً.

فترة الحضانة:

تتراوح فترة حضانة المرض من يومين إلى سبعة أيام، وينتقل عن طريق الرذاذ المتطاير من أنف المريض وفمه عند السعال، وإفرازات الغشاء المخاطي المصاب، كإفرازات العين، واستعمال الأدوات الملوثة.

العلاج:

تعالج الدفتيريا بالمصل المضاد لسموم ميكروباتها، وللوقاية منه يحصن الأطفال بالتطعيم بمصل "دى .تى .بي = "دفتيريا.

دمل Furuncle:

هو التهاب حويصلي شعري عميق يكون مصحوباً بارتشاح التهابي كثيف في الأنسجة المحيطة، سيره حاد.

أعراض المرض:

يبدأ الدمل على شكل بثرة حول الحويصلة الشعرية، **ويظهر حولها بامتداد الالتهاب إلى العمق يظهر حولها احمرار وتورم وبازدياد الارتشاح يكبر الدمل حتى يكون بحجم بيضة الدجاج أو أكبر.**

ينتهي الدمل بحدوث تنخر أو موات في مركزه وفي هذه المرحلة تبدو أعراض عامة كترفع حبوري وصداع أحياناً، **ويتشكل القيح بنتيجة الموات المركزي وينطرح إلى خارج الجسم على شكل صديد أصفر، يقع الدمل في أي مكان مشعر من الجلد ولكن أخطر مواقعه تكون على الشفة العليا.**

ويكون الدمل عادة وحيد وفي بعض الأحوال يحدث تعدد الدمل وهنا يسمى بداء الدمامل، **وتحدث هذه الإصابة في حال ضعف مقاومة الجسم والإرهاق وعند الإصابة بمرض السكر.**

دوار Vertigo :

هو حالة مرضية تسبب فيها الحركة الغثيان الشديد .

هو الشعور بدوخة مع رؤية الأشياء المحيطة كأنما تدور أو تتصاعد أو تتهابط، **وعجز عن حفظ توازن الجسم، قد يؤدي إلى السقوط على الأرض، ويقترن أحياناً بغثيان يعقبه تقيؤ.**

المسببات:

تحدث الإصابة كرد فعل لحركة الأشياء عند متابعة النظر إلى عدة مرئيات سريعة التحرك، **وينشأ التأثير غير المألوف للحركة على الجهاز الدهليزي، أي أعضاء التوازن في الأذن الداخلية، والحركة التي تسبب حدوث الدوار، هي تلك الحركة التي تتجاوز حدود مقدرة الجهاز الدهليزي على نقلها بصورة صحية إلى الدماغ، وفي مثل هذه الأحوال ينقل الجهاز الدهليزي معلومات زائفة عن حركة الجسم إلى الدماغ، تتعارض مع المعلومات التي يحصل عليها الدماغ عن طريق الرؤية، وسائر الحواس الأخرى .**

وهناك أسباب أخرى كثيرة تؤدي إلى الدوار منها :

- التغييرات الفجائية في موضع الجسم.
- النظر من علو شاهق إلى أسفل.
- مختلف أنواع التسمم.
- أمراض المخ وإصاباته.
- بعض الأدوية كالسليسلات.
- الإفراط في تعاطي الخمور.
- كثرة التدخين.
- بعض أمراض العين.
- فقر الدم.
- بعض الأمراض النفسية.
- الإصابة بمرض "ماينر "الذي يحدث نتيجة تلف العصب الدماغي الثامن هو العصب السمعي، وهذا ما يحدث بسبب أورام الدماغ أو توسع الشرايين الدماغية مسببة التهاب هذا العصب ومن ثم تلفه عند مروره من القناة العظمية للأذن الداخلية نتيجة ورم أو كسر في العظام.
- الإصابة بأمراض تؤثر على العصب السمعي داخل المخ، أو التخثر الدموي داخل المخ أو التخثر الدموي، الزهري، شلل الأطفال.

أعراض المرض:

- شحوب اللون.
- تصبب العرق.
- يحدث التقيؤ مع استمرار الدوار.
- يعاني الكثير من الذين يتأثرون بالدوار بصورة عامة من التجشؤ والصداع والخمول والميل إلى النوم .

العلاج:

ينصح المصاب بتقليل حركة الرأس إلى أدنى حدّ ممكن، عن طريق إسناد

الرأس على مسند مثلاً، والتحديق بثبات في الأفق البعيد الممتد أمام البصر، ويمنع هذا الإجراء حدوث التضارب بين معلومات الحركة التي تنقلها العين، وتلك التي تنقلها الأعضاء الدهليزية، كذلك تساعد أنواع معينة من العقاقير على منع الإصابة بالدوار إذا تم تناولها قبل السفر .

ويتوقف علاج الدوار بشكل عام على السبب.

دوالي Varicose Veins :

هي حالة يحدث فيها توسع في الأوردة السطحية وخاصة في الأطراف السفلى وتكون الأوردة طويلة ومتعرجة، تحدث نتيجة وجود سبب يمنع تدفق الدم نحو القلب .

المسببات:

١- ضعف في جدار الجلد.

٢- قصور في عمل صمامات الأوردة (لأسباب وراثية أو مهنية).

٣- زيادة الضغط الدموي على الأوردة العميقة بسبب الحمل أو أورام البطن.

٤- للوراثة دور في هذا المرض.

٥- أسباب مهنية في حالة الوقوف المستمر والطويل.

٦- الإصابة بأمراض القلب والكبد.

الأنواع :

أ - دوالي أولية : تحدث بسبب مهني أو وراثي وقد يحدث لدى النساء الحوامل.

ب - دوالي ثانوية : تحدث نتيجة للالتهابات والانسدادات في الأوردة العميقة.

أعراض المرض:

١- ألم في الساق وخاصة بعد فترة من الوقوف.

٢- ظهور الأوعية الوريدية المنتفخة وتكون بشكل نتوءات معقدة زرقاء على طول الوريد.

٣- حدوث حكة في الأماكن التي يزداد فيها ظهور الدوالي (الأطراف السفلية).

٤- حدوث نزيف في الأوردة.

٥- حدوث تقرحات في الجلد.

٦- تورم الساق المصابة نتيجة ارتشاحات الدم خارج الشعيرات الدموية وتراكم الماء تحت الجلد .

٧- من أخطر نتائج هذا المرض هو حدوث أماكن حدوث الدوالي:

- الأطراف السفلية وخاصة في الساقين.
- المريء.
- المستقيم (البواسير).

المضاعفات:

حدوث جلطة في الأوردة أو حدوث نزف دموي بسبب انفجار الوريد، وحدوث تقرحات جلدية.

العلاج:

- تجنب الوقوف الطويل.
- ستخدام مشدات الساقين (جوارب مطاطة أو ربطات تضغط على الوريد المنتفخ باستمرار).
- يتم إزالة الدوالي عن طريق الجراحة.

دوالي الصفن Scrotum Varicose:

هو تضخم يحدث في الأوعية الدموية التي تغذي كيس الصفن فتبرز وتظهر بشكل واضح للعيان، وتكون هذه الأوعية بشكل حبال تفسد منظر الصفن وتسمى هذه الأوعية بدوالي الصفن.

المسبباب:

١- الإمساك المزمن.

٢- وضع رباط للفتق (مشد) ويسبب هذا المشد إنضغاط الأوردة الدموية والحيلولة دون سريان الدم فيها بحرية وإعاقتها.

٣- وجود مانع داخلي يسبب ضغط على بعض الأوردة الدموية في الأحشاء الداخلية.

أعراض المرض:

من الخطأ الشائع الاعتقاد بأن دوالي الصفن تؤثر في القوة الجنسية للشخص

المصاب بها، أما الضعف الجنسي الذي يحدث للمصاب بدوالي الصفن فيعود سببه إلى الحالة النفسية التي يصاب بها الشخص نتيجة لتفكيره المتوالي وحالته النفسية، غير أن وجود دوالي الصفن هو أمر مزعج للمصاب بحد ذاته فبالإضافة إلى أنها تفسد منظر كيس الصفن فإنها قد تسبب بعض الآلام أحياناً نتيجة لحدوث الركود الدموي، وخاصة في حالات إفراط الشخص المصاب في المقارنات الجنسية.

العلاج:

١- نصح الشخص المصاب بدوالي الصفن الاعتياد على صب الماء البارد على الناحية الجنسية وخاصة على منطقة كيس الصفن، حيث تتقلص الأوعية الدموية بالماء البارد فيؤدي هذا التقلص إلى دفع الدم الراكد في هذه المنطقة فيزول الألم.

٢- معالجة الإمساك :وذلك عن طريق شرب الماء البارد في الصباح قبل تناول الفطور والإكثار من شرب السوائل، وتناول الطعام الذي يكون غنياً بالألياف النباتية.

٣- يجب على المصاب بدوالي الصفن رفع الخصيتين المغلفتين بصفن غني بالدوالي بواسطة رباط معلق (Suspensoire)، وهو رباط خاص متوفر في الصيدليات.

٤- في بعض الحالات يقوم الطبيب باستئصال هذه الدوالي جراحياً.

دوالي المريء Esophagus Varicose:

هو توسع يحصل في الأوردة الموجودة في القسم السفلي للمريء نتيجة لارتفاع الضغط الدموي داخل الوريد البابي.

المسببات:

تحدث هذه الحالة غالباً عند الإصابة بإحدى هذه الحالات:

- التشمعات الكبدية.
- التليفات الكبدية.

ويحدث ذلك بسبب وجود اتصال ما بين الوريد البابي وأوردة المريء، وفي حالة نزف هذه الدوالي يتأثر الكبد وتتأثر وظائفه كنتيجة مباشرة للنزيف .

أعراض المرض :

في حالة نزف هذه الدوالي تكون الأعراض :

- إحساس المريض بالهبوط.
- حدوث نزف شديد.
- تسارع نبضات القلب.
- سرعة التنفس.
- تقيؤ دموي .(Haematamesis)
- إسهال دموي.
- براز أسود اللون.
- ومع تكرار النزيف يتأثر الكبد وتتأثر وظائفه حيث تقل كفاءته وقدرته على تأدية وظائفه كما تقل استجابته للعلاج، ويؤدي ذلك إلى:
  - هبوط الكبد.
  - ازدياد الصفراء في الدم وظهورها في العين والجلد.
  - قد يؤدي النزيف في بعض الأحيان إلى حدوث غيبوبة تستمر لعدة أيام.

التشخيص:

يتم تشخيص هذه الحالة من خلال الأعراض السابقة والفحص السريري للمريض.

المضاعفات:

تكمن خطورة هذا المرض في عدم حدوث ألم سواء من تليف الكبد أو من نزيف دوالي المريء وأهم مضاعفاته هبوط الكبد وتدهور كفاءته وحدوث النزيف وما يتبعه من عواقب.

العلاج:

١- وضع الثلج على البطن.

٢- قثطرة بلاك مور :حيث يتم إدخال أنبوب مطاطي خاص يدعى باسم أنبوب (سنجستاكن) عن طريق الفم حتى الوصول إلى منطقة الدوالي ثم يتم نفخ البالون

الموجود في الأنبوب فيضغط على الدوالي ويوقف النزف فوراً وتركيب هذه الأنبوبة يعتبر أفضل طريقة في التحكم بنوبة النزيف ولكنه لا يعتبر العلاج الشافي.

٣- التداخل الجراحي :تجرى الجراحة في المراحل الأولى للمرض في حالات النزف الحادة وفي الأطفال وتسمى بعملية (وارن)، وتتلخص فكرة هذه الجراحة في العمل على حفظ الضغط داخل الدوالي بحيث تصبح احتمالات النزيف غير موجودة نهائياً، ويتم ذلك بتوصيل وريد الطحال ذي الضغط العالي بوريد الكلية اليسرى ذي الضغط المنخفض، فيقل الضغط داخل الدوالي ولا تنزف بعد ذلك ولا تجرى عملية وارن إلا في حالة وجود الدوالي النازفة أو التي نزفت من قبل.

دوالي المستقيم (البواسير) Rectum Varicose:

(انظر بواسير).

دودة إسكارس Ascaris:

هي دودة خيطية دقيقة الطرفين تعيش في الأمعاء، يكون ذيل الذكر ملتف، وتكثر إصابة الأطفال بهذه الديدان، ويندر وجودها بعد سن الطفولة، وتتناقص الإصابة بها بالتدريج مع تقدم العمر، وتكون بيضة الإسكارس مغطاة بغشاء جنيني يحيط به جدار سميك، وتخرج البويضات مع الخروج، ويتكون داخلها الجنين الكامل الذي يخرج من قشرة البيضة المرنة، وهو داخل المعي الإثني عشر، وتعبر اليرقات جدار الأمعاء عن طريق الأوعية الليمفاوية ومنها تذهب إلى الأوعية البابية، ثم إلى الكبد، أو تذهب إلى غشاء البريتون، أو إلى البطين الأيمن للقلب، وتنتهي إلى الرئة، وتخترق اليرقات الرئة حتى تصل إلى القصبة الهوائية، ومنها إلى المريء ثم الأمعاء، وهنالك تنمو إلى ديدان الإسكارس.

وتنقسم أعراض الإصابة بالإسكارس إلى دورين :دور الغزو، وأهم أعراضه في الرئة فيصاب المريض بالحمى والشري (الأرتيكاريا)، والتهاب القصبات الهوائية، والسعال وآلام العضلات، ودور الديدان في الأمعاء، وأهم أعراضه آلام في البطن وانتفاخ وأعراض عصبية تشنجية عند الأطفال تزول بالعلاج، وقد تتكور عدة ديدان مسببة انسداداً في الأمعاء، وربما تهاجر الدودة من الأمعاء إلى المعدة، ثم تصل إلى الحنجرة، أو تغزو الزائدة الدودية وتخترقها مسببة وفاة الطفل.

وتتواجد بويضات الإسكارس في التربة وفي القمامة، **وفي الخضروات والفواكه التي تسمد بالفضلات، وتكون الوقاية من الإسكارس باتباع أساليب النظافة التامة، وتجنب الأطعمة الملوثة، ومن السهل علاج الإصابة بالإسكارس .**

دودة الاكسيورس Oxyuyrts oxyure:

هي دودة خيطية تسمى "الدودة الدبوسية "لأن ذيلها مدبب مثل الدبوس، وهي منتشرة في الأطفال، **وتسبب الحكة في الشرج حيث تضع بيضاً مكتمل النمو الجنيني قادراً على العدوى المباشرة، ولذلك فهي تتزايد في الأطفال بسرعة، لأن الطفل يهرش أثناء النوم، فيأخذ البويضات العالقة بأصابعه وتحت أظافره ويبتلعها، فتحدث العدوى ثانية، وهكذا .وتساعد طبيعة البيض هذه على انتشار هذا الطفيلي بالمخالطة، ويعرف أحياناً بطفيلي العائلة.**

وأهم الأعراض التي تنتج عن ذلك اضطراب عصبي، وحكة في الشرج **.ولمنع تلك العدوى ينبغي تنظيف الغرف والمنازل، وغلي الملابس الملوثة وكيها جيداً، حتى تقتل البويضات بالحرارة، وكذلك تعريضها لأشعة الشمس، ويلزم لعلاج الأعراض أن يكون تحت إشراف الطبيب، وكذلك بإشراف الوالدين الذي من واجبهما الاهتمام بنظافة أطفالهم ومتابعة نظافة ملابسهم، ومنع الطفل المصاب من الحكة في الشرج.**

دودة الانكلستوما Aneytoaiome ankyloetoma :

هي دودة شريطية، **تنتشر في جميع أنحاء العالم، باستثناء المناطق الباردة المناخ .وكانت هذه الدودة منتشرة في بين عمال المناجم في أوروبا، وقد أطلق على هذه الدودة بالعربية** (الدودة الشصية)، **لأنها معقوفة مثل الشص** (السنارة).

والجزء الأمامي **لهذه الدودة يميل إلى البياض والخلفي إلى اللون الأحمر لامتلائه بالدم الذي تمتصه تلك الدودة من جدار الأمعاء.**

وهناك نوع من هذه الدودة يسمى انكلستوما ديورينيل (الملقوة العفجية) **وهي كثيرة الانتشار في أجزاء كثيرة من العالم.**

وكذلك يوجد نوع آخر من تلك الدودة وهي التي يطلق عليها الانكلستوما الأمريكية (الملقوة الأمريكية) وهي منتشرة في أجزاء معينة من العالم.

وتتشابه تلك الأنواع في الأعراض والعلامات المرضية ودورة الحياة فيها ولكنها تختلف في الشكل وبعض الأجزاء العلوية منها فقط.

وتضع إناث هذه الدودة عدداً كبيراً من البويضات التي تفقس بعد خروجها مع الفضلات في تربة رطبة يتخللها الهواء وتظللها الأشجار، **وتتطور يرقاتها في التربة، فتتحول إلى يرقة معدية تخترق جلد الإنسان، وتصل عن طريق الدم إلى الرئة، وتصعد للقصبة الهوائية، عابرة المريء فالمعدة، لتصل إلى الاثني عشر ثم الأمعاء الدقيقة.**

وتبدأ علامات المرض حين دخول اليرقات في الجلد، فيظهر في أماكن دخولها حكة وحويصلات، **وبعد مدة تتراوح ما بين ستة أسابيع إلى شهرين يدخل المرض في طوره الثاني، فيكابد المريض آلاماً معدية شديدة تسكن بعد تناول الطعام، ويصير اللسان قذراً، ورائحة النفس كريهة، والإمساك عنيداً متقلباً في بعض الأحيان مع الإسهال، وينحرف التشهي نحو الرغبة في ابتلاع الجير، وتهبط القوة، ويمكن إثبات وجود مقادير صغيرة منها في الدم الأسود الذي يخرج مع الفضلات، وقد يصل فقر الدم الانكلستومي إلى حد خطير، حيث تنقص كريات الدم الحمراء نقصاً هائلاً، وينخفض خضاب الدم** (الهيموغلوبين).

ويكافح هذا المرض بتحسين البيئة واستعمال المرافق الصحية، منعاً للتبرز في التربة، ونشر الثقافة الصحية التي ترفع المستوى الفكري والوعي الصحي لدى المواطن العادي، وبالعلاج الحديث المتوفر.

دودة كبدية Liver fivke toie dous:

هي دودة من نوع تريما توده من جنس فاشيولا، تصيب الإنسان في النادر، وإذا أصابته فأنها تصيبه نادراً، ولكنها لا تنمو فيه إلى دودة كاملة لكنها منتشرة في الأغنام غالباً وبدرجة كبيرة.

وتشبه هذه الدودة ورقة الشجرة، والمضيف الوسيط قوقعة تعيش في المياه العذبة.

وتخرج من هذه القوقعة اليرقة المذنبة، فتلتصق على النباتات وتفرز حولها كيساً للوقاية من العوامل الجوية.

وعندما تتغذى الأغنام على تلك النباتات، تصاب بالعدوى بتلك المكسيات التي تشق طريقها إلى الكبد، **وفي المسالك الصفراوية، ثم تكبر إلى ديدان كبدية فتحدث تليفات وتغيرات مرضية، فيصاب الحيوان بهزال وضعف عام وفي النهاية يقوده للموت.**

أما المرض الذي يصيب الإنسان فينتج عن أكل كبد الحيوان المصاب، **إذ تلتصق هذه الديدان في الحلق فيتورم ويصعب التنفس وقد يحدث الاختناق، وهو نادر الحدوث.**

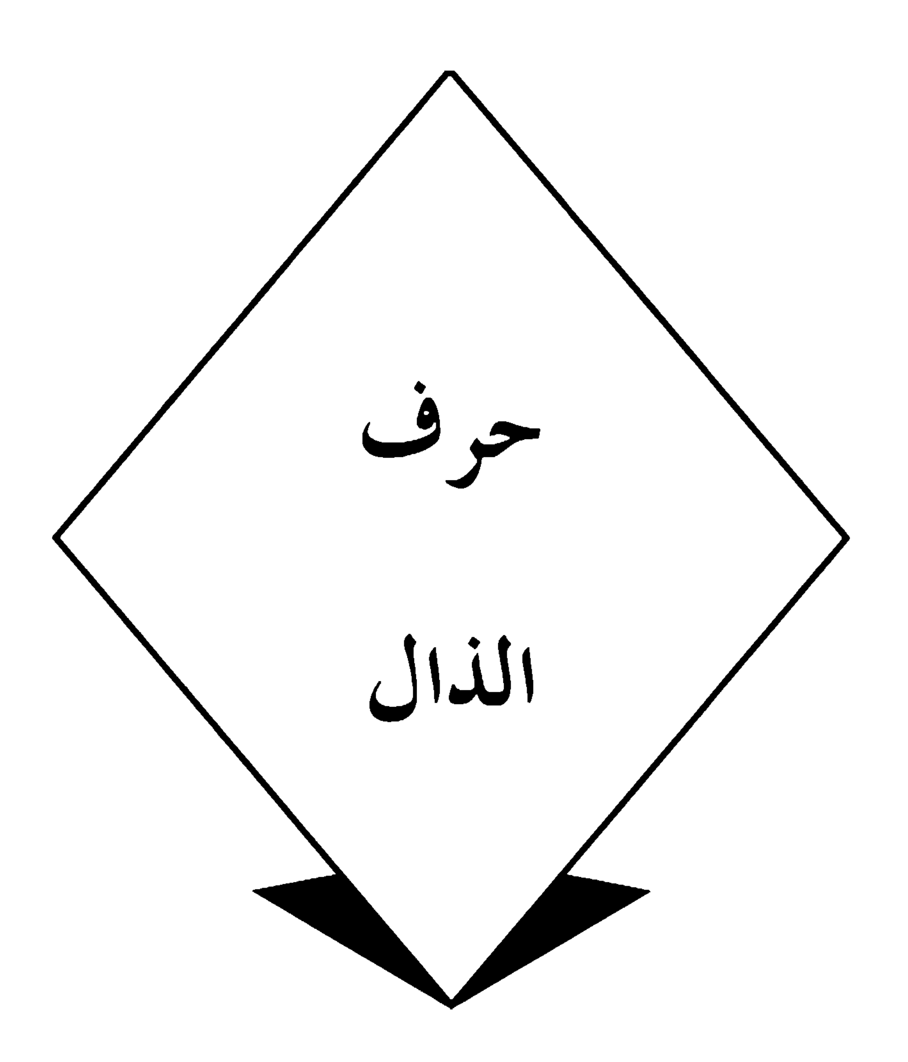
دودة وحيدة Toente tenie:

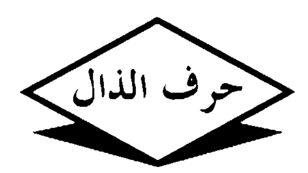
يطلق هذا الاسم على نوعين من الشريطيات)تينيا ساحيناتا(، و)تينيا سوليام(، **تصيب الأولى الإنسان من تناول لحم البقر غير المطبوخ جيداً، وبالإمكان رؤية أكياس الديدان في اللحم بالعين المجردة.**

يبلغ طول الكيس من ١- ٦ ملم، **بينما يبلغ طول الدودة من** ٤- ١٠ أمتار **مكونة من ألف إلى ألفي أسلة** (قطعة)، **ولا يوجد على رأس تلك الدودة أشواك خطافية، كبقية الدود.**

وأعراض المرض في **الدودة الأولى** هو فقر الدم المعتدل وأعراض هضمية وعصبية وإمساك يتناوب بإسهال، وحرقة في الشرج في بعض الأحيان .

أما الدودة الثانية فيتميز شكلها بوجود تاج من الأشواك على رأسها، وتوجد أكياسها في لحم الخنزير، وعن طريقه تتم عدوى الإنسان، **وتعتبر هذه الدودة من أخطر الشريطيات، لأن الإنسان يصاب بها كمضيف أولي وكمضيف ثاني أي أن البويضات تفقس فيه وتعديه بالأكياس، كما يحدث في الخنزير، وكذلك قد تصيب تلك الأكياس الدماغ فتسبب الصرع والجنون، وقد تصيب أكياسها العين فتسبب تلفها .**


حرف
الذال



ذأب حمامي (ذئبة حمامية) Systemic Lupus Erythematosus SLE:

هو مرض التهابي مزمن Chronic Inflammatory Disorder**، يدوم مدى الحياة ويصيب أعضاء متعددة من الجسم** Multi-System **مثل المفاصل، الجلد، الكلى، المخ، الرئة، القلب، الجهاز الهضمي، الأغشية المصلية** (Serosa)**، وأكثرها إصابة المفاصل والجلد وأخطرها إصابة الكلى والمخ.**

ومرض الذأب الحمامي منتشر عالمياً وتختلف نسبة الإصابة به من بلد إلى آخر، ويصيب النساء ٩ مرات **أكثر من الرجال، ويمكن أن يظهر المرض في أي مرحلة من العمر ولكن الأكثر شيوعاً هو** ما بين ٢٠ إلى ٤٠ سنة.

الأنواع:

١-الذئبة القرصية المزمنة Chronic Discoid Lupus: وهو نوع حميد ومزمن من المرض يتميز بإصابة الجلد فقط، فتظهر إصابات حطاطية مدورة وملتهبة ذات لون بنفسجي، ويكون الطفح على شكل صفيحة حمراء محددة تتطور إلى تندب Scarring **وتصبغ** Pigmentation.

وقد تصيب فروة الرأس وتؤدي إلى حاصات ندبية، وهذه الإصابة غالباً ما تبقى محصورة في الجلد ولكن في بعض الحالات قد تتحول إلى الشكل الجهازي وتصبح عندها مميتة في ٥% فقط من الحالات.

٢- الذئبة المحدثة بالأدوية Drug Induced SLE: وتنتج من أخذ دواء معين، ويتميز بآلام في المفاصل وبعض الأعراض الجهازية الخفيفة كالطفح الجلدي والتهاب التامور، ويختفي المرض يختفي بإيقاف الدواء المسبب، ومن أكثر الأدوية تسبباً للمرض هايدرالازين Hydralazine **وبروكين امايد** Procainamide.

٣- متلازمة أضداد الفوسفوليبيد Antiphospholipid Syndrome: ويتميز بالإصابة بخثرة الدم Thrombosis (التجلط) **ووجود أضداد الفوسفوليبيد في الدم وتكرر الإجهاض.**

المسببات:

ما تزال أسباب الذأب الحمامي مجهولة وترجح إلى وجود عدة عوامل تساعد على ظهوره منها:

١-عوامل وراثية Hereditary:

يصيب المرض التوائم المتشابهة بنسبة ٢٥% وغير المتشابهة بنسبة ٣%، ويكون احتمال إصابة أقارب المريض بالمرض بنسبة ٣%.

٢- عوامل جينية (الصبغة الوراثية) Genetic:

وجد أن المصابين بالمرض لديهم الصبغات الوراثية التالية أكثر من غيرهم HLA-B٨ و HLA-DR٣.

٣- حالة الهرمونات الجنسية Sex Hormone Status:

تكثر الإصابة بالمرض في النساء في سن اليأس Premenopausal Women **وهو السن الذي تبدأ فيه الهرمونات الجنسية بالهبوط، وكذلك في الذكور الذين لديهم متلازمة كلاينزفلترز** Klinefelter's Syndrome.

٤- عوامل مناعية Immunological Factors:

- فرط عمل كريات الدم البيضاء (خلايا ب) B cells **والتي تنتج أضداد ذاتية** Auto-Antibodies **ضد مستضدات** Antigens **من نواة الخلايا.**
- تكوين المركبات المناعية Immune Complexes (وهي تتكون من المستضد Antigen والأجسام المضادة Antibodies التي يكونها الجهاز المناعي في الجسم)، **أو عدم قدرة الجسم على التخلص منها مما يؤدي إلى ترسبها في الأنسجة مثل الأوردة الدموية والكلى مسببة الالتهابات.**
- **وجود خلل في تنظيم كريات الدم البيضاء** (خلايا ت) T cells **لعمل الجهاز المناعي.**
- **فرط في إنتاج وسائط الالتهابات مثل** إنترلوكين١ وإنترلوكين١٢ IL-١٢، IL-٢.

٥- عوامل بيئية Environmental Triggers:

قد يسبب استعمال بعض الأدوية مثل هايدرالازين Hydralazine، **بروكين ايمايد** Procainamide، **ميثايل دوبا** Methyldopa، **آيزونيازايد** Isoniazid،

ماينوسايكلين Minocycline، دي بنسلين أمين D-Penicillamine الإصابة بمرض الذأب الحمامي، وتسبب حبوب منع الحمل والهرمونات المستخدمة في سن اليأس زيادة حدة المرض، وكذلك فإن التعرض للأشعة فوق البنفسجية تسبب ظهور المرض.

كما تعتبر الفايروسات المسبب للمرض، من خلال تسببها في إنتاج أضداد لمكونات نواة الخلية.

آلية المرض:

إن الخلل المبدئي في المرض هو وجود أضداد ذاتية Auto-Antibodies ضد أجزاء من نواة خلايا المريض نفسه، ووقد كان المعتقد وجود خلل في الجهاز المناعي Immune System ولكن تشير بعض التقارير إلى عدم وجود خلل في الجهاز المناعي بحد ذاته وإنما المشكلة تكمن في تراكم مكونات من نواة الخلايا في الجسم خلال تحطمها، وعدم قدرة الجسم على التخلص منها، مما يزيد من تعرضها للجهاز المناعي ومن ثم إنتاج أضداد لها، ومن تفاعل هذه الأضداد مع مكونات من نواة الخلية وترسبها في أنسجة أعضاء مختلفة من الجسم تظهر أعراض وعلامات المرض.

أعراض المرض:

١- أعراض عامة **General Features**:

- **ارتفاع درجة حرارة الجسم** (الحمى) **ويحدث في ٥٠% من الحالات.**
- **الشعور بالتعب والوهن والإرهاق.**

٢- المفاصل والعضلات **Joints and Muscles**:

- **التهاب المفاصل وهو العرض الأكثر حدوثاً** (يحدث في ٩٠% أو أكثر من الحالات).
- **الشعور بآلام في المفاصل وغالباً ما تكون المفاصل الصغيرة مثل مفاصل أصابع اليدين، ولكن تشوهات المفاصل نادرة.**
- **في حالات نادرة يحدث التهاب وتشوه في أحد المفاصل الكبيرة ويسمى هذا النوع اعتلال جاكودز المفصلي** Jaccoud's Arthropathy.
- **الشعور بآلام في العضلات ويحدث ذلك في ٥٠% أو أكثر من المرضى.**
- **حدوث التهاب عضلي حقيقي** Myositis **يحدث في أقل من ٥% من الحالات.**

٣- الجلد **Skin**:

- **تحدث في ٧٥% من المصابين إصابة جلدية.**
- **ظهور طفح جلدي في أنحاء مختلفة من الجسم والطفح المميز يظهر في الوجه وغالباً ما يتوزع بشكل متناظر على الوجه، ويعطي ما يسمى بعلامة جناحي الفراشة** Butterfly Rash **على الخدين والأنف.**
- **التهاب الأوعية الدموية الدقيقة** Vasculitis **في رؤوس الأصابع وثنايا الأظافر.**
- **الشري** (الأرتيكاريا) Urticaria **والفرفرية** Purpura (نزوف دقيقة من الشعيرات الدموية في الجلد).
- **يصاب ثلث المرضى بحساسية للضوء** Photosensitivity.
- **التزرق الشبكي** Livedo Reticularis.
- **ظاهرة رينودز** Raynaud's Phenomenon، **وهي تغير لون أطراف أصابع اليد من الطبيعي إلى الأبيض، إلى الأزرق، إلى الوردي نتيجة تقلص الأوعية الدموية وشعور المريض بألم وبرودة في اليدين، وقد تظهر هذه الظاهرة بسنوات عديدة قبل بدء أعراض المرض الأخرى مثل التهاب المفاصل.**

٤- الرئتين **Lungs**:

- **تحدث إصابة في الرئتين في ٦٠% من المرضى خلال سير المرض.**
- **حدوث التهاب ذات الجنب** Pleurisy (التهاب الغشاء المحيط بالرئتين).
- **انصباب الجنب** Pleural Effusion (هو تجمع سائل في جوف الجنب).
- **الإصابة بذات الرئة** Pneumonitis (التهاب الرئة).
- **حدوث تليف في الرئتين** Pulmonary Fibrosis **في حالات نادرة.**

٥- القلب والأوعية الدموية **System Heart and Cardiovascular**:

- **تحدث إصابة في القلب في ٢٥% من الحالات.**
- **التهاب التامور** Pericarditis **وانصباب التامور** Pericardial Effusion (تجمع سائل في غشاء التامور، وهو الغشاء الخارجي المحيط بالقلب) **وهو من الأعراض الشائعة.**

- حدوث التهاب خفيف في عضلة القلب Myositis مع عدم انتظام ضربات القلب Cardiac Arrythmias.
- حدوث اعتلال في عضلة القلب Cardiomyopathy.
- ظاهرة رينودز Raynaud's Phenomenon.
- حدوث التهاب الأوعية الدموية Vasculitis.
- تكوّن خثرة (جلطة) شرياني Arterial Thrombosis أو وريدي Venous Thrombosis.
- يحدث في حالات نادرة التهاب الشغاف (الغشاء الداخلي للقلب) Endocarditis وتشمل الصمام الميترالي وتسمى الحالة بمتلازمة ليبمان-ساكس Libman-Sacks Syndrome.

٦- الكلى **Kidneys**:

- تظهر الأعراض السريرية لإصابة الكلى في ٣٠% من الحالات.
- حدوث التهاب كبيبات الكلى Glomerulonephritis.
- فقدان البروتين في البول (الزلال) Proteinuria.
- ارتفاع ضغط الدم Hypertension.
- هبوط عمل الكلى (الفشل الكلوي) Renal Failure.

٧- الجهاز العصبي **Nervous System**:

- تظهر أعراض إصابة الجهاز العصبي في ٦٠% من الحالات.
- قد تحدث الإصابة بالكآبة Depression وأمراض نفسية أخرى أكثر شدة.
- الإصابة بعدة أمراض في الجهاز العصبي أحياناً وتحدث جميعها نتيجة لترسب المركبات المناعية (التي تنتج من اتحاد الأضداد والمستضدات في الدم) Immune Complex أو التهاب الأوعية الدموية Vasculitis، ومنها الصرع، الصداع النصفي، التهاب السحايا الطاهر Aseptic Meningitis، السكتة الدماغية، اعتلال الأعصاب المتعدد Polyneuropathy واعتلال الأعصاب القحفية (الدماغية) Lesions Cranial Nerve.

٨- العيون **Eyes**:

- نزف وإحتشاء في شبكية العين وذلك نتيجة لالتهاب الأوعية الدموية الشبكيةRetinal Vasculitis.
- التهاب ملتحمة العين Conjunctivitis.
- التهاب العصب البصري Optic Nerve neuritis.
- التهاب ظاهر الصُلبة Episcleritis.
- أما فقدان البصر من المرض فهو أمر غير شائع.

٩- الجهاز الهضمي **Gastrointestinal System**:

- حدوث تقرحات الفم وهي أكثر الأعراض شيوعاً لإصابة الجهاز الهضمي بالمرض.
- حدوث إصابة الكبد وهي من الأمور غير الشائعة في المرض، مع العلم بأن أضداد الذأب الحمامي مذكورة في التهاب الكبد المنيع للذات Hepatitis Autoimmune.
- حدوث الإصابة بالتهاب البنكرياس Pancreatitis وهي من الأمور غير الشائعة في المرض.
- حدوث التهاب الأوعية الدموية المساريقية Mesenteric Vasculitis الذي يؤدي إلى إحتشاءات أو ثقب في الأمعاء الدقيقة.

١٠- الدم **Blood**:

- تظهر أعراض الإصابة في ٧٥% من الحالات.
- حدوث فقر دم نتيجة للمرض بحد ذاته أو وجود أضداد لكريات الدم الحمراء (تكسر كريات الدم الحمراء).
- قلة عدد الصفائح الدموية Thrombocytopenia.
- قلة عدد كريات الدم البيضاء Leucopenia.
- قلة الخلايا الليمفاوية في الدم Lymphopenia.

التشخيص:

١- تحاليل الدم **Blood tests**:

- يظهر تحليل الدم الشامل عادة قلة كريات الدم البيضاء والخلايا الليمفاوية والصفائح الدموية وارتفاع سرعة ترسب الدم ESR.

- ارتفاع عيار الأضداد المضادة للنوى في الدم Serum Antinuclear Antibodies في جميع الحالات تقريباً، ووجود أضداد ضد الحامض النووي DNA ثنائي الجديلة Anti Double Stranded DNA Antibodies (dsDNA) والذي يوجد في ٥٠% من الحالات، ويمكن اكتشاف أضداد ضد الحامض النووي RNA(ss and ds) في الدم Anti-Ro ، Anti-La.
- وجود عامل الروماتويد Rheumatoid Factor في الدم في ٢٥% من الحالات.
- انخفاض مستوى الكمبولنت serum Complement في الدم (مصل الدم) خلال نشاط المرض.
- وجود أضداد ضد الكارديولايبين Anticardiolipin Antibodies في ٣٥-٤٥% من الحالات.
- ارتفاع مستوى الأمينوغلوبين في الدم Immunoglobulins.
- إيجابية الاختبارات الإفرنجية حيث يكون تحليل الدم لمرض الزهري (السفلس) Syphilis Serological Tests for موجباً وذلك لوجود أضداد الكارديوليبين في الدم.

٢- تحليل الأنسجة **Histology**: ويتم ذلك بأخذ عينات من الأعضاء المصابة وفحصها تحت المجهر والتشخيص بوجود التغيرات النسيجية الخاصة بالمرض، مثل أخذ عينة (خزعة) من الكلى أو الجلد.

٣- الأشعة التشخيصية Diagnostic Imaging: الأشعة المقطعية CT Scan للرأس يمكن أن تظهر إحتشاءات ونزف مع دليل على ضمور في المخ، كما يمكن استخدام الرنين المغناطيسي MRI.

العلاج:

- تعالج آلام المفاصل والتهابها والحمى بمضادات الالتهاب الستيروئيدات القشرية NSAIDs.
- تستخدم الأدوية المضادة للملاريا Antimalarial Drugs، لعلاج الحالات الجلدية الخفيفة والتهابات المفاصل التي لم تستجب لمضادات الالتهابات غير

الستيرويدية (الستيروئيدات القشرية)، مثال على هذه الأدوية هايدروكسي كلوروكوين Hydroxychloroquine وكلوروكوين Chloroquine، وقد يعطى كابتات المناعة (أزاتيوبرين والكولشيسين).

- تستعمل الكورتيزونات Corticosteroids عن طريق الفم أو كجرعات عن طريق الوريد ومثبطات المناعة Immunosuppressives مثل أزاثايبرين Azathioprine وسايكلوفوسفومايد Cyclophosphamide وهي ضرورية لحالات أشد من المرض مثل وجود التهاب كبيبات الكلى، التهاب الأوعية الدموية، اعتلالات الدم وأمراض الأعصاب والمخ.
- هناك أدوية جديدة قيد التجارب السريرية مثل أضداد أحادية المصدر (وحيدة النسيلة) Anti-CD٤٠ Ligand Monoclonal Antibodies.
- ينصح المريض بتجنب التعرض للشمس ومصادر الحرارة العالية ويستعمل المراهم الواقية من الضياء.

سير وتطور المرض:

- يتميز مرض الذأب الحمامي بظهور الأعراض بشكل نوبات، يشتد فيها المرض، ثم تختفي هذه الأعراض لفترات طويلة (فترة خمول)، وقد يحصل هذا حتى مع وجود إصابة في الكلى.
- يكون أحياناً سير المرض مزمناً.
- نسبة الحياة لمدة ١٠ سنوات هي ٩٠%.
- يأتي التهاب المفاصل غالباً على شكل متقطع وغير مشوه للمفاصل.
- تكون حالات الوفاة بسبب الإصابات في الكلى أو الجهاز العصبي.

الحمل والذأب الحمامي:

- تكون خصوبة المرأة مع وجود المرض عادة طبيعية ما عدا في الحالات الشديدة جداً، ولا يوجد ما يمنع الحمل.
- استخدام الحواجز لمنع الحمل بدلاً من الحبوب.
- يمكن حدوث إجهاض متكرر نتيجة لوجود أضداد الفوسفوليبيد في الدم.

- يمكن اشتداد المرض وخموله أثناء الحمل وكذلك اشتداده في فترة النفاس.
- يستمر العلاج في فترة الحمل كما هو خارج الحمل.
- تكون نسبة وفيات الأجنة عالية إذ تبلغ تتجاوز نسبتها ٢٥% مع وجود أضداد الفوسفوليبيد في الدم و إصابات الكلى.

ذئبة درنية (السلية) Lupus Vulgaris:

وهي أكثر أشكال التدرن الجلدي انتشاراً، وتمتاز بكثرة انتكاسها وعنادها النسبي على المعالجة، وتظهر في كل الأعمار ولكنها أكثر حدوثاً في بداية سن الشباب.

وتظهر الذئبة التدرنية على شكل درنات، تبدأ صغيرة الحجم بقدر رأس الدبوس ثم تكبر تدريجياً حتى تصبح بقدر حجم حبة العدس، وهي عجينية القوام ناعمة الملمس ذات حدود واضحة، ولونها رمادي يميل إلى السمرة، وقد تغطى ببعض الوسوف، وتعطي هذه الدرنات لونا أصفر داكناً عندما تضغط بصفيحة زجاجية، وعند غز دبوس فيها فإنه يخترقها دون أي مقاومة وهذه الحالة تسمى (علامة الدبوس).

ويمكن أن تقع إندفاعات الذئبة على كل أنحاء الجلد والأغشية المخاطية ولكنها أكثر ظهوراً على الوجه، وإذا لم تعالج فيمكن أن تتقرح وتأكل بذلك أجزاء من الجلد وخاصة الأماكن الناتئة كجناحي الأنف وتستمر على هذه الحال لسنوات طويلة، وتترك بعد شفائها ندبة ضمورية دائمة.

ذبحة صدرية (خناق الصدر) Angina Pectoris:

هي عبارة عن ألم صدري حاد ومفاجئ يحدث بسبب وجود تضيق جزئي أو انسداد في الشريان التاجي، أو بسبب حدوث تشنج في هذا الشريان ينتج عنه نقص في التروية الدموية للعضلة القلبية، حيث يتم نقل الأوكسجين إلى القلب في الدم المتدفق عبر الشرايين التاجية.

وتسمى هذه الحالة أيضاً (الخناق الصدري) ويطلق عليها كذلك تسميات طبية أخرى مثل مرض القلب المتعلق بقلة التروية الدموية الموضعية (Ischemic Heart Disease IHD)، وهذه التسمية تصف الحالة بمعنى أدق من حيث المسببات، كما تسمى أيضا باسم قصور الشريان التاجي (Insufficiency Coronary Artery).

أنواع نوبات الذبحة الصدرية:

أ- الذبحة الصدرية الجهدية: تحدث هذه النوبة أثناء قيام المريض بجهد شديد أو انفعال نفسي أو امتلاء بالطعام، أو التعرض إلى البرد الشديد مما يسبب ازدياد جهد القلب دون أن يتوافر ما يستدعيه ذلك الجهد من اتساع الشرايين لتزويده بما يلزمه من زيادة في كمية الدم التي تغذيه.

ب- الذبحة الصدرية الأستلقائية: تحدث هذه النوبة أثناء الراحة أو النوم وخاصة في الليل.

وتتفاوت نوبات المرض في شدتها واستجابتها للعلاج ما بين خفيفة ومتوسطة وشديدة قد تؤدي إلى الموت المفاجئ.

المسببات:

١- الإصابة بتصلب الشرايين:

حيث يترسب على الجدار الداخلي للشريان طبقات من الكوليسترول، ويتكون نتيجة هذا الترسب نسيج ندوبي، يسبب فقدان الشريان لمرونته وكذلك يضيّق ممر الدماء فيه، إذ تصبح الشرايين صلبة وضيقة وتسمى هذه الحالة تصلب الشرايين (Atherosclerosis)، التي تخفض من تدفق الدم إلى القلب.

ويصاب الرجال بتصلب الشرايين أكثر من النساء قبل سن اليأس، كما إن الإصابة تزداد مع تقدم العمر وخصوصاً بعد سن الخامسة والخمسين.

٢- الإصابة بارتفاع ضغط الدم:

تسبب الإصابة بارتفاع ضغط الدم زيادة في نسبة الإصابة بالذبحة الصدرية، إذ تبلغ نسبة الإصابة بالذبحة الصدرية حوالي ٥٠% في الرجال و٧٥% في النساء المصابين بارتفاع ضغط الدم.

وقد لوحظ أيضاً إن احتمال الإصابة بالذبحة الصدرية تزداد ثلاث مرات مع ارتفاع ضغط الدم عن ٩٠/١٦٠ ملم زئبق عند الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٥٠ - ٥٩) سنة، وتزداد فرصة الإصابة عند النساء في نفس هذه السن إلى ست مرات.

٣- زيادة وزن الجسم (السمنة):

هناك علاقة واضحة بين زيادة وزن الجسم وإصابة الشخص بالذبحة الصدرية، **حيث تؤثر السمنة بشكل مباشر في حدوث تصلب الشرايين.**

وقد تؤدي السمنة لذلك بشكل غير مباشر إذا كانت مصحوبة بعوامل مرضية أخرى كارتفاع نسبة الكوليستيرول في الدم، أو ارتفاع ضغط الدم، أو ارتفاع مستوى الكلوكوز في الدم (مرض السكر).

٤- الإصابة بمرض السكر:

يؤدي زيادة تركيز السكر في الأنسجة إلى تلفها، **وكذلك فإن زيادة نسبة السكر في الدم وعدم انتظامه لفترات طويلة، يعرض الأوعية الدموية إلى حدوث تلف في أنسجتها، وكذلك يؤدي مرض السكر إلى اختلال تنظيم نسبة الكوليسترول في الدم، ويخل بالمعدل الطبيعي للبروتينات الدهنية، مما يساعد في حدوث التصلبات في الشرايين لمرضى السكر في سن مبكرة.**

٥- التدخين:

يعتبر التدخين أحد الأسباب المهمة لحدوث الذبحة الصدرية **إذ إن أغلب مرضى الذبحة الصدرية هم من المدخنين.**

فغاز أول أكسيد الكربون السام هو أحد الغازات التي يتكوّن منها دخان السجائر الذي يتشبع به الدم، **مما يسبب قلة في كمية الأوكسجين التي يحملها الدم إلى خلايا الجسم، وبالتالي فإن كمية الأوكسجين التي يحملها الدم إلى عضلة القلب تكون قليلة كما هو الحال في الأنسجة الأخرى.**

وكذلك يؤدي دخان السجائر إلى حدوث تليفات في الجدار الداخلي للشرايين التاجية، **وهذا يساعد على سهولة التصاق الدهون** (الكوليسترول) **عليها، مما يسبب حدوث تصلب الشرايين التاجية.**

كما يساعد التدخين في حدوث تجلط الدم إذ تميل الصفيحات الدموية إلى الالتصاق ببعضها البعض في وجود التدخين، **وبذلك تتكون الجلطة التي تعوق مسار الدم داخل الشريان التاجي، مما يسبب نقص وصول الغذاء والأوكسجين إلى العضلة القلبية.**

وكذلك تؤثر مادة النيكوتين (وهي مادة منبهة قوية) في عضلة القلب، **وباستمرار تعاطيها فإن ضغط الدم يرتفع، فيزداد جهد القلب كما تزداد حاجته إلى الأوكسجين كذلك.**

٦- الضغوطات النفسية:

تعتبر الضغوطات النفسية من العوامل المهمة ذات التأثير الأساسي الفعال في حدوث الذبحة الصدرية، فقد لوحظ انتشار المرض بين الأفراد الذين يتعرضون إلى ضغوطات نفسية وتوترات عصبية شديدة.

العوامل المساعدة:

هناك عوامل مساعدة تسهل الإصابة بالذبحة الصدرية منها:

١- نوع الجنس:

حيث تكثر الإصابة بين الرجال أكثر من النساء قبل سن اليأس بدرجة كبيرة وتتساوى النسبة تقريباً بعد سن اليأس.

ويرتبط ذلك بالهرمونات الجنسية الأنثوية وخاصة هرمون الإستروجين (Estrogen) **التي ينتجها المبيض منذ البلوغ وحتى بلوغ سن اليأس، فقد لوحظ أن لهرمون الإستروجين دور في خفض مستوى الكوليسترول الضار** (LDL) **بينما يرفع من مستوى الكوليسترول النافع** (HDL).

٢- الاستعداد الوراثي:

للوراثة دور كبير في استعداد الفرد للإصابة بالذبحة الصدرية، حيث تزداد نسبة حدوثها للأشخاص الذين يوجد في تاريخهم المرضي العائلي إصابات بالذبحة الصدرية، فتكون قابليتهم للإصابة بنفس المرض تزيد حوالي أربع مرات عن غيرهم ممن لا يملكون استعدادا وراثيا لهذا المرض.

٣- قلة ممارسة التمارين الرياضية:

تزداد نسبة الإصابة بالذبحة الصدرية كلما انخفض نشاط وحركة جسم الشخص، وتقل هذه النسبة لدى الأشخاص الذين يمارسون المهن التي تعتمد على النشاط الجسمي وكذلك الأشخاص الذين يمارسون التمارين الرياضية.

أعراض المرض:

١- ألم ضاغط أو عاصر في منطقة الصدر ويكون حاد، مفاجئ، وخانق للصدر، ويبدأ من خلف عظم القص (Retrosternal Pain)، أو يصدر من جهة القلب (Pericardial Pain) ويمتد هذا الألم إلى الكتف الأيسر وعلى طول الذراع الأيسر، وقد يمتد الألم إلى الظهر وإلى أعلى المعدة والعنق والفك السفلي، وتدوم النوبة حتى ١٥ دقيقة، لكن معظمها ينقضي في أقل من ذلك.

٢- صعوبة في التنفس.

٣- التعرق المفاجئ المصاحب للألم.

٤- الغثيان (الرغبة في التقيؤ).

٥- إغماء.

٦- يزول الألم بعد دقائق من الراحة أو بعد أن يتناول المريض أقراص النيتروجين (الانجيسيد).

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

١- التاريخ المرضي والحالة السريرية للمريض.

٢- أجراء التخطيط الكهربائي للقلب (ECG).

٣- عمل القثطرة القلبية للشريان التاجي (Cardiac Catheterization).

العلاج:

١- الابتعاد عن الإجهاد الجسمي وتحديد فعالية الشخص المصاب.

٢- الابتعاد عن الإجهاد النفسي والعقلي.

٣- السيطرة على العوامل التي ساعدت على حدوث الذبحة وأتباع الحمية المنظمة وضبط مستوى الكلوكوز في الدم بالنسبة لمرضى السكر المصابين بالذبحة وعلاج ارتفاع ضغط الدم بالنسبة للمرضى المصابين به.

٤- الامتناع عن التدخين نهائياً، وكذلك عن تناول القهوة والشاي والأغذية الدسمة والعسرة الهضم قدر الإمكان.

٥- تجنب امتلاء المعدة بالطعام وتجنب الإمساك.

٦- إعطاء المريض الأدوية الموسعة للشرايين التاجية (Coronory Vasodilators)

وهذه الأدوية تكون على نوعين من حيث الاستعمال:

أ- النوع قصير المفعول (Acting – Short): يستخدم هذا النوع من الأدوية كعلاج سريع لإزالة نوبات الألم الحادة، منها أقراص الإنجيسيد (Angised) التي توضع تحت اللسان حيث يتم امتصاصها بسرعة.

ب- الأنواع طويلة المفعول (Acting – Long): يستخدم هذا النوع من الأدوية فيما بين النوبات لغرض الوقاية من حدوث النوبة مثل دواء الآيزورديل (Isordil) ودواء النيترومك (Mack Retard–Nitro).

وهناك أدوية أخرى تعمل كمقفلات للكالسيوم (Calcium Channel Blockers)، وتمتاز هذه الأدوية بمفعولها القوي كموسعات للشرايين التاجية، بالإضافة إلى أنها تقلل من حاجة عضلة القلب إلى الأوكسجين ومن أمثلتها ديلتيازيم (Deltiazem).

كما توجد فصيلة أخرى من الأدوية التي تستخدم في علاج الذبحة الصدرية (Adrenergic Blockers – The Beta)، منها دواء الأندرال (Anderal) وتبرز أهمية هذا الدواء في تخفيف العبء الواقع على عضلة القلب عند قيام المريض بنشاط جسمي.

ويستخدم دواء الأسبرين في هذه الحالة، حيث يعمل الأسبرين على تقليل احتمالات حدوث نوبة قلبية (احتشاء قلبي)، ولا يؤخذ الأسبرين من قبل المرضى الذين أصيبوا في السابق بقرحة أو نزيف في المعدة أو الإثني عشر أو ممن يعانون من حساسية ضد الأسبرين، ويؤخذ الأسبرين بجرعة قليلة تبدأ عادة بـ (١٥٠) ملغم وبعد ذلك تصبح (١٠٠) ملغم أو (٧٥) ملغم في اليوم.

٧- العلاج بالجراحة: ويستعمل هذا النوع من العلاج في الحالات التي يحدث فيها انسداد شديد في الشريان التاجي، ويصبح دور العلاج الدوائي محدوداً في تزويد عضلة القلب بالدم اللازم لها، ففي هذه الحالة يمكن اللجوء إلى العلاج بالجراحة، حيث يتم بواسطة الجراحة تغيير مسار الدم بعيداً عن الجزء المسدود في الشريان التاجي، والذي يتركز عادة عند مكان تفرع هذا الشريان.

وهذه العملية الجراحية هي عبارة عن أخذ رقعة (Graft) من وعاء دموي، وتؤخذ من منطقة الصدر أو من الساق، ويتم توصيلها بحيث يتم مرور الدم من خلالها بدلاً من مروره من الجزء المسدود من الشريان، وتسمى هذه العملية (Graft Surgery) أي الجراحة الترقيعية أو Coronary Artey Bypass Graft Surgery (CABG) أي عملية رقعة الشريان التاجي.وتعتبر هذه العملية من الجراحات الشائعة وهي قليلة المخاطر وتحقق نسبة كبيرة من النجاح.

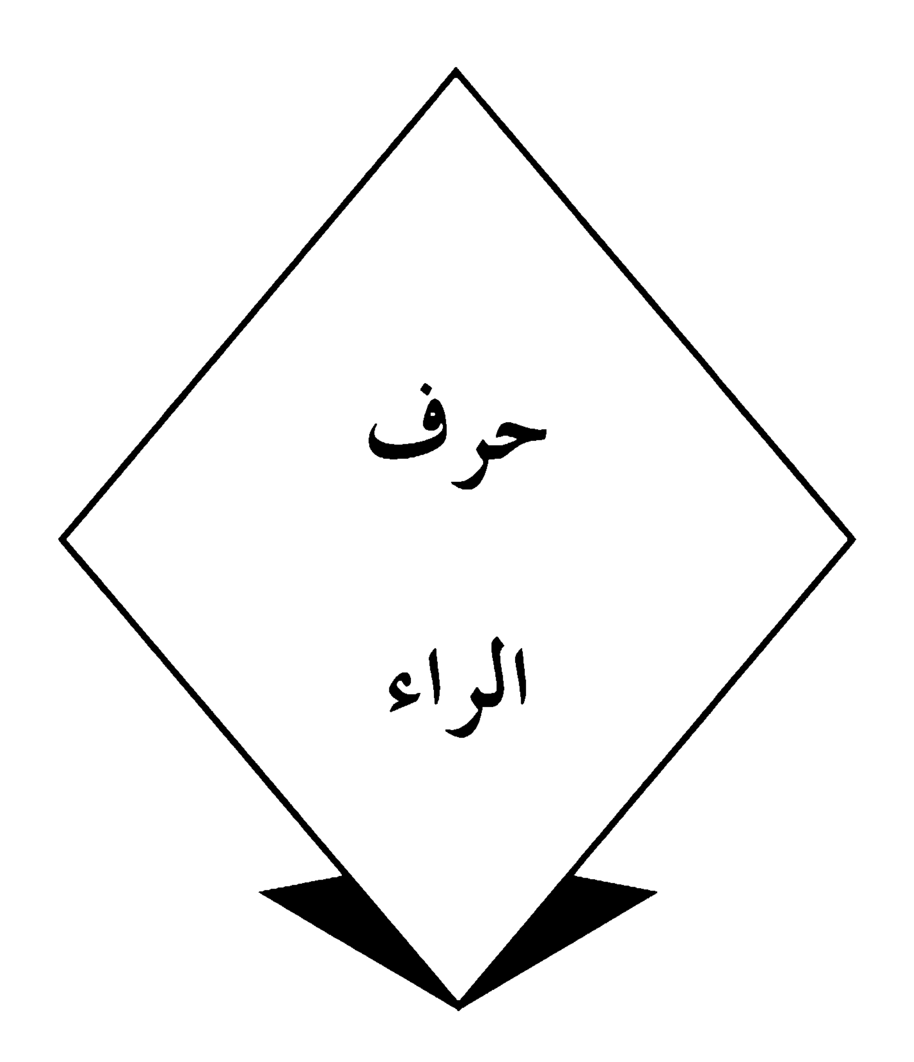
٨- العلاج بالقثطرة (Catheterization): أو ما يسمى بتقويم الشريان التاجي (Transluminal Angioplasty) إذ يتم في هذه الوسيلة العلاجية توسيع الشريان التاجي باستخدام القثطرة (Catheter)، وهي عبارة عن أنبوب رفيع طويل ينتهي طرفه ببالون، يمرر هذا الأنبوب من الذراع أو الحوض من خلال الأوعية الدموية، في مسار محدد حتى يصل إلى تجويف الشريان التاجي، وعندئذ ينفخ البالون فيتولد ضغط تجاه الجدار الداخلي للشريان المتصلب مما يؤدي إلى توسيع مجرى الشريان، ولهذه الطريقة كفاءة عالية في علاج انسداد الشريان التاجي وتمتاز بسهولة الإجراء، كما أن مخاطرها محدودة جداً.

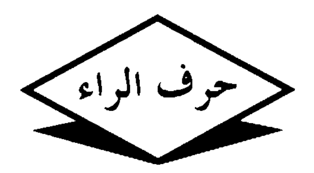
المضاعفات:

يتطور مرض الذبحة الصدرية إلى الإصابة باحتشاء العضلة القلبية (Myocardial Infarction).

الوقاية:

١- الإقلاع عن التدخين.
٢- تجنب زيادة الوزن وتحسين نظام الأكل والتقليل من تناول الدهون وخاصة الدهون الحيوانية.
٣- زيادة النشاط البدني وممارسة التمارين الرياضية.
٤- السيطرة على مرض السكر من خلال تناول الأدوية المخفضة له بانتظام واستعمال الحمية الغذائية.
٥- تخفيض ارتفاع ضغط الدم.
٦- تجنب التعرض للضغوطات والانفعالات النفسية والشد والتوتر العصبي والابتعاد عن كل ما يثير القلب والتوتر.


حرف
الراء



ربو قصبي Bronchial Asthma:

حالة مرضية تتصف بنوبات من صعوبة التنفس وخاصة في الزفير مع ضيق التنفس وعدم القدرة على أخذ الكمية الكافية من الهواء، **وتحدث نتيجة لتشنج أو تقلص يحدث في العضلات الملساء الموجودة في جدران التشعبات في القصيبات، مما يؤدي إلى تضيقها.**

الأنواع:

١- ربو اشتدادي (ربو صريح):

يحدث عند الكهل اليافع، ويكون بشكل نوبات اشتدادية تفصل بينها فترات من الهدوء قد تطول أو تقصر، وهو حساسي الطبيعة، تبدأ أعراضه قبل النوبة بساعات حيث تظهر على شكل تحسس أو فرط تنبه عصبي وعطاس وسيلان الأنف وأحياناً نوبة سعال تشنجية أو اضطرابات هضمية.

وغالباً ما تحدث النوبات في الليل حيث توقظ المريض من النوم بسبب شعوره بضيق في الصد يزداد خلال بضع دقائق وقد تحدث النوبة في النهار.

٢- ربو ذو الزلة المستمرة:

يحدث في سن متقدمة وهو شكل من أشكال الربو الاشتدادي تصبح فيه النوبة مستمرة تدريجياً بين النوبات، **وتزداد هذه الحالة عند القيام بمجهود، ويكون السعال بشكل نوبات مع قشع غزير.**

نوبة الربو Asthma attack :

هي صعوبة في التنفس قد تنتاب الشخص المريض بالربو في شكل مفاجئ حاد متكرر، **حيث تكون مجاري الهواء في الشخص المصاب بالربو شديدة الحساسية لعوامل معينة تسمى المهيجات** triggers **وعند إثارتها بهذه المهيجات تلتهب مجاري الهواء وتنتفخ ويزيد إفرازها للمخاط وتتقلص العضلات الملساء الموجودة في جدار القصبة الهوائية ويؤدي ذلك إلى إعاقة التدفق العادي للهواء، وهذا ما يسمى بنوبة الربو** asthma attack، **ويعيق هذا التشنج القصبي** (Bronchospasme) **التدفق الطبيعي للهواء.**

ويحدث كذلك وذمة الغشاء القصبي التي يكون لها تأثير هام في انسداد الفتحة القصبية، وقد يشاهد حدوث تخرش دموي في جدار القصبة الهوائية بالإضافة إلى الوذمة، وتحتل الوذمة مكاناً هاماً في أمراض نوبة الربو فبالإضافة إلى غلقها للقصبة الهوائية فهي مسؤولة عن ضياع المرونة الرئوية، إذ إن الحزم القصبية الوعائية المصابة بالوذمة تصبح صلبة وبذلك تتكون حالة توسع دائم في الرئة ثم في الصدر.

كما تؤدي الزيادة في الإفراز المخاطي القصبي إلى تكوين سدادات مخاطية، ويعتبر أهم سبب في الانسداد القصبي حيث يكمل انسداد المجاري الهوائية، وله دور واضح في حالات الربو التي تنتهي بالوفاة.

وإذا استمرت النوبة فإن استفحال التشنج الشعبي والمخاط يحبس الهواء في الأكياس الهوائية، مما يعيق تبادل الهواء، ويستخدم الشخص الذي يصاب بالنوبة عضلات الصدر بدرجة أكبر لكي تساعده في التنفس.

المسببات:

أ- أسباب وراثية: للعوامل الوراثية دور مهم في الإصابة بهذا المرض، حيث يكون أحد أفراد العائلة الواحدة يشكو من الربو بينما يشكو الآخر من مرض آخر مثل الأكزيما.

ب- أسباب مكتسبة: يحدث الربو نتيجة للتعرض لعوامل خارجية، مثل التعرض لغبار الطلع والتدخين وأبخرة بعض المواد الكيميائية والغازات المهيجة.

ج- أسباب نفسية: تعتبر الاضطرابات النفسية والتوترات العصبية عاملاً مهماً في الإصابة بهذا المرض، فغالباً ما يكون المصاب بالربو قلقاً وشديد الحساسية والمخاوف.

العوامل التي تثير نوبات الربو:

١- الحساسية:

وهي العامل الأساسي في الربو، ويطلق على الربو التحسسي اسم الربو ذو القيادة التحسسية، والحساسية هي أكثر الأسباب المثيرة لنوبات الربو وتعادل ٥٠% من مجموع هذه الحالات.

ونوبة الربو التحسسي هي عبارة عن تماس ما بين مولد الحساسية وما بين الأجسام المضادة ينتج عنها عدة مواد أهمها الهستامين.

وأهم مولدات الحساسية التنفسية هي غبار البيوت والريش والأغبرة المهنية وشعر الحيوانات وغبار الطلع والفرو.

أما مولدات الحساسية الغذائية فمنها البيض والسمك والفول السوداني والطحين والحليب واللحم والبيض، **ومن مولدات الحساسية الدوائية الأسبرين والبنسلين وغالباً ما تتطلب إزالة الحساسية زمناً طويلاً خاصة وإن المصاب بهذا النوع من الربو يكون كثير التحسس لعدة أجسام أخرى.**

وتوجد مولدات الحساسية في الهواء أيضاً ومنها دخان التبغ، دخان الشوي بالفحم، رائحة الطلاء والوقود، الملوثات مثل عوادم السيارات ومداخن المصانع، والمواد المهيجة مثل البخاخات (الإيروسول spray/aerosol) **والغبار والأبخرة من منتجات التنظيف.**

كما أن تغيرات الطقس (الهواء البارد والجاف والرطوبة العالية أو التغيرات المفاجئة بالطقس) **يمكن أن تسبب أعراض الربو، فالرياح تنقل المواد المهيجة المثيرة للحساسية، والمطر يسهل نمو وإطلاق الفطر واللقاح.**

٢- العوامل الالتهابية:

يكون الربو الناشئ نتيجة لحدوث التهاب في الجهاز التنفسي حيث يتحسس المصاب بالربو من الجراثيم أو سمومها أو إن الجراثيم تقوم بتهيئة الغشاء المخاطي التنفسي وتجعله أكثر حساسية نحو مولدات الحساسية، وأهم الحالات الالتهابية هي:

- **إصابة الأنف والجيوب الأنفية والبلعوم والتهابات الحلق وتحدث في ٣٠% من حالات الربو، وكذلك** الزكام/الرشح، **الأنفلونزا تعتبر من المهيجات الشائعة للربو لدى الأطفال.**
- **التصلب القصبي والرئوي: ويضم التضيق والتوسع القصبي.**
- **الإصابة بالتدرن الرئوي: حيث يكون المصاب في أشد حالات التحسس.**

٣- التمارين الرياضية:

تعتبر التمارين الرياضية من المهيجات الشائعة للربو، ويمكن أن تحدث لدى كل الأشخاص المصابين بعد أداء تمارين رياضية عنيفة لمدة ٥ دقائق على الأقل، أما الألعاب الرياضية مثل السباحة فهي أقل المهيجات للربو، بينما الجري لمسافات طويلة وكرة القدم عادة ما تؤدي إلى حدوث نوبة الربو عند المعرضين للإصابة.

أعراض المرض:

١- حدوث ضيق تنفسي زفيري ويشعر المريض بالانقباض في صدره.
٢- الأزيز والصفير عند الزفير (Wheezing)، وقد يشهق المريض لاستنشاق الهواء أو يشعر بالاختناق.
٣- ازرقاق الجسم (بسبب قلة الأوكسجين في الدم).
٤- سعال متقطع وجاف ثم يصبح كثيفاً ومصحوباً بالبلغم.
٥- تسارع في نبضات القلب (بسبب قلة الأوكسجين الواصل إلى الدماغ).
٦- زيادة إفراز المخاط.
٧- اتساع في فتحتا الأنف.

العلاج:

١- يعطى المريض دواء موسع للقصبات كالأمينوفيللين ومشتقاته بواسطة الحقن الوريدي أو عن طريق الفم وذلك عند إصابته بنوبة الربو.
٢- يعطى المريض دواء واحد أو أكثر من الأدوية التي تشمل الافيدرين والسالبوتامول لازالة الحساسية والعلاج بالاستيرويد ضروري في الغالب في حالات الربو الحاد.
٣- الأدوية المهدئة: تخفف من التوتر الحاصل في الدورة الدموية الصغرى وتزيل حالة الشد العصبي (Stress).
٤- استنشاق الأوكسجين.
٥- الابتعاد عن السبب المحدث لنوبة الربو وتجنب المسببات النفسية.

٦- وقد يلجأ الطبيب المختص لإضعاف حساسية المريض للمواد المختلفة التي تثير نوبات الربو وتقتضي هذه العملية حقن كميات بسيطة من مستحضرات تحمل من المواد التي تسبب الحساسية للمريض - لفترات منتظمة - ويزيد الطبيب قوة الدواء الذي يحقن إلى أن يكوّن جسم المريض مقاومة لهذه المواد.

ومعالجة نوبة الربو هذه هي معالجة عرضية ولا تمنع من معاودة النوبات وللوقاية من عودة النوبات يجب:

- حذف العوامل المثيرة للنوبة وجعل العضوية غير حساسة تجاهها.
- مكافحة التشنج القصبي من خلال تجنب العوامل المسببة.
- إزالة التحسس النوعي وخاصة بعد معرفة السبب المثير للتحسس.
- معالجة الالتهاب ومعالجة الحساسية الالتهابية.

وتوجد أداة بسيطة وصغيرة تستخدم لملاحظة ضيق مجاري التنفس قبل بداية الأعراض بساعات أو أيام، وتسمى هذه الأداة مقياس ذروة التدفق peak flow meter وتستخدم بواسطة النفخ فيها، وهي تعتبر من الأدوات الضرورية مثل قياس ضغط الدم بواسطة مقياس ضغط الدم أو درجة حرارة الجسم بواسطة ميزان الحرارة.

ويتطلع مرضى الربو دائماً إلى ما هو جديد وفعال في علاج مرض الربو، ولقد مرّ علاج مرض الربو في مراحل عديدة خلال السنوات السابقة، فقد تم تحضير أدوية عديدة ساهمت في تخفيف المعاناة عن مرضى الربو، ولكن تركيز الأطباء يزداد على حقيقة مهمة وهي أن غالبية مرضى الربو يحتاجون إلى نوعين من الدواء: النوع الأول هو دواء وقائي مضاد لالتهاب الشعب الهوائية وأفضل هذه الأنواع هو الكورتيزون الموضعي المأخوذ عن طريق الاستنشاق.

أما النوع الآخر من الأدوية فهو الدواء الموسّع للشعب الهوائية والمزيل لأعراض الربو، وقد تم دمج دواء الكورتيزون الموضعي والدواء

الموسع للشعب الهوائية في بخاخ واحد بحيث أنه عندما يأخذ المريض جرعة من هذا البخاخ فإنه يأخذ الدواء الوقائي + موسع للشعب الهوائية في نفس الوقت.

وتوجد هذه الأدوية بتراكيز مختلفة من الكورتيزون، لكي يتمكن الأطباء من التحكم في الجرعة المناسبة للمريض، والاسم التجاري لهاتين التركيبتين هما (سريتيد) (Seretide) و (سمبيكورت) (Symbicort).

طرق أخذ الأدوية عن طريق الاستنشاق:

إن أخذ الأدوية عن طريق الاستنشاق قد حقق إيجابية كبيرة في كيفية علاج أمراض الصدر عموماً ومرض الربو أو حساسية الصدر خصوصاً لأن هذه الأدوية تمكن من إيصال الدواء إلى الرئتين مباشرة وبالتالي تقلل من كمية الدواء التي يجب أن يأخذها الإنسان عن طريق الفم كشراب أو حبوب، وهذا يؤدي بالتالي إلى تقليل الأعراض الجانبية التي قد تسببها هذه الأدوية، ولكن المشكلة التي يواجهها الكثير من الأطباء والمرضى هو في إتقان المريض لطريقة أخذ الدواء عن طريق الاستنشاق وبالتالي فإن اختيار الوسيلة المثلى المناسبة للمريض حسب عمره وقوة التنفس لديه هو أمر ضروري جداً.

ويمكن تقسيم أنواع الأدوات التي تستخدم لأخذ الأدوية عن طريق الاستنشاق إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

١-جهاز التبخير بالكمام:

يتم وضع الدواء في وعاء صغير خاص في هذا الجهاز وعند تشغيله يتم ضخ هواء بسرعة عالية مما يسبب تبخير هذا الدواء وبالتالي يستنشقه المريض عن طريق إما كمام يوضع على الفم أو أنبوب صغير يمكن وضعه داخل الفم، وينصح باستخدام الكمام في الحالات التالية:

١- حالة الضرورة الشديدة التي يصعب على المريض استخدام البخاخ الاعتيادي.

٢- في الأطفال أقل من عمر أربع سنوات حيث يصعب عليهم استخدام البخاخ الاعتيادي.

٣- في حالة كبار السن الذين يصعب عليهم استخدام البخاخات الاعتيادية، وإن كان حالياً يوجد أنواع من البخاخات يمكن لكبار السن استخدامها بسهولة.

٢- البخاخ أو السائل المضغوط Dose Inhaler Metred:

وهو البخاخ الاعتيادي المتعارف عليه، ويخرج من هذا البخاخ جرعة محددة من الدواء على شكل رذاذ بسيط، وهو صغير الحجم وعملي ويمكن حمله بسهولة، ولكن يجب استخدامه بطريقة صحيحة للاستفادة منه، ويمكن استخدام البخاخ مع أنبوب صغير (Spacer) يساعد على استخدام الدواء بشكل صحيح وتقليل كمية الدواء التي تصل إلى الجسم.

٣-الأجهزة ذات البودرة الناشفة Dry Powder Inhalers:

ويوجد ثلاثة أنواع من هذه البخاخات:

أ- الكبسولات ذات البودرة مثل كبسولة الفوراديل (Foradil) والبكوتايد (Becotide Rota Caps): وتحتوي هذه الكبسولات على بودرة خفيفة، يتم وضعها في جهازها الخاص بها أو كسرها أو عمل ثقوب صغيرة بها بحيث يمكن استنشاق البودرة، وطريقة استخدام هذه الكبسولات سهل جداً وخصوصاً بالنسبة لكبار السن.

ب- التربوهيلر (Turbuhaler): مثل البلموكورت والبريكانيل، وهذا البخاخ محضر بطريقة معينة أو يحتوي على دواء بداخله على شكل بودر خفيف جداً. ولأجل الاستفادة من هذا الدواء يجب شفط الدواء بقوة نوعاً ما.

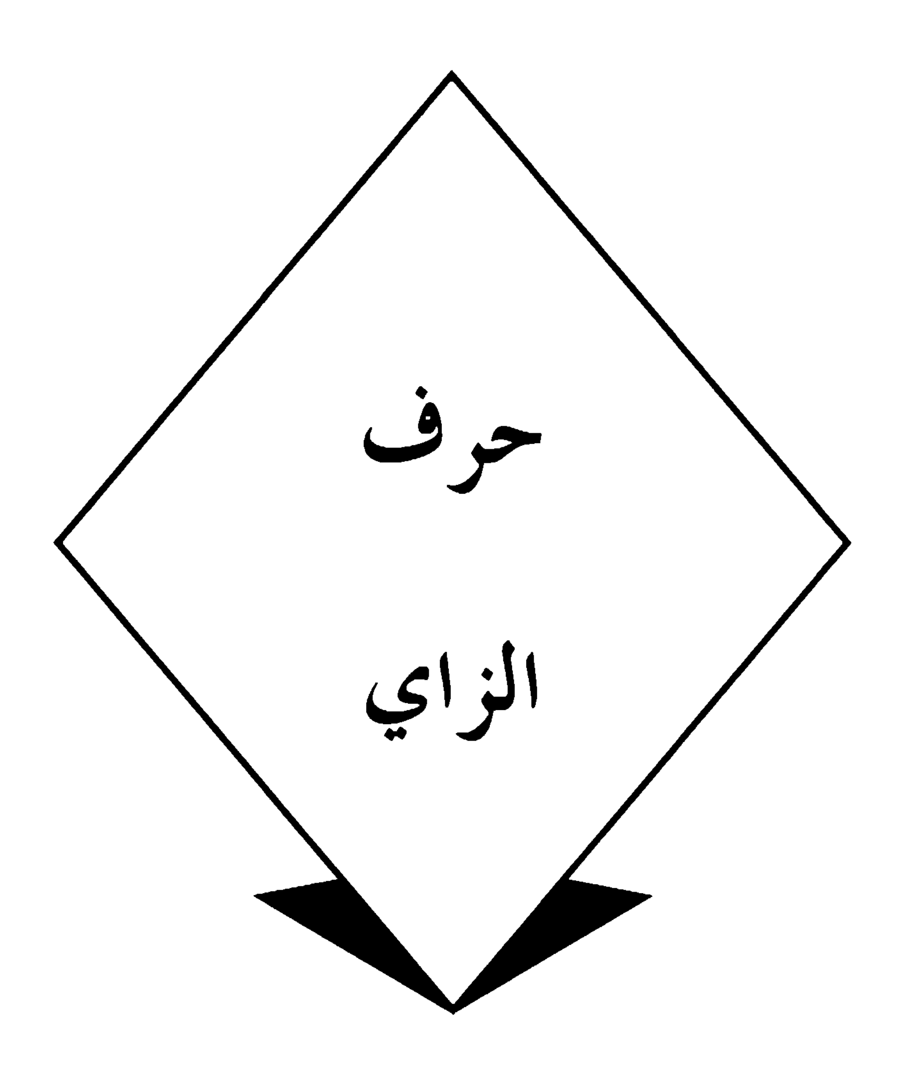
ج- الديسكس (Discuss) مثل (Flixotide and Servent): يحتوي هذا القرص الدائري على شريط داخل القرص وبداخله خانات صغيرة تحتوي على الدواء الذي يكون على شكل بودر خفيف، بحيث عند إدارة القرص يتم تحضير جرعة معينة من الدواء عند فتحة الفم وبالتالي يمكن استنشاقها، وشفط الدواء يحتاج إلى قوة نوعاً ما وأيضاً.

جدول الأدوية عن طريق الاستنشاق

نوع الجهاز	الأدوية المتوفرة	طريقة الاستخدام	الفئة العمرية التي ينصح باستخدامها	ملاحظات عامة
١-البخاخ العادي Metre Dose Inhale	فنتولين، بكوتيد، أتروفنت	تحتاج إلى تمرين	• أكبر من عشر سنوات. • قد يصعب على كبار السن.	• يجب الربط بين أخذ نفس عميق وبطيء وبين الضغط على البخاخ.
٢-البخاخ + الأنبوب Inhaler+Spacer	فنتولين، بكوتيد، أتروفنت	سهل الاستعمال (حجم الأنبوب كبير نوعاً ما)	• أكبر من أربع سنوات ويمكن تدريب كبار السن على استخدامه	• يجب تنظيف الأنبوب مرة واحدة أسبوعياً باستخدام ماء عادي وصابون خفيف. • يساهم الأنبوب في تقليل الدواء الذي يصل للجسم.
٣-الكبسولات ذات البودرة Dry Powder Capsules	بكوتيد، فوراديل Becotide Foradil	سهل جداً	• أكبر من خمس سنوات، وخصوصاً كبار السن.	• يشعر المريض بطعم البودرة في الفم.
٤-التربوهيلر Turbohaler	البلموكورت والسمبيكورت والبريكانيل	سهل ولكن يجب الشفط بقوة	• أكبر من سبع سنوات. • قد تكون قوة الشفط لدى كبار السن غير كافية.	• قد لا يشعر المريض بأي طعم للدواء عند الشفط وهذا شيء طبيعي لأن البودر خفيف جداً وليس له طعم. • يجب الانتباه لكيفية معرفة أن الدواء انتهى ولا يعتمد على الصوت عند رجّ البخاخ.

٥-الديسكس Discuss	الفلكسوتايد والسريتيد	سهل وأيضاً يحتاج إلى شفط بقوة نوعاً ما	• أكبر من سبع سنوات.	• يشعر المريض بطعم سكري خفيف عند شفط الدواء.
٦-الكمام	الفنتولين والأتروفنت البلموكورت والفلكسوتايد	يحتاج إلى تحضير وجهاز كهربائي خاص	• كافة الفئات العمرية	• يعتبر استخدام الكمام غير عملي خصوصاً على مدى طويل حيث يأخذ وقت وتحضير وتنظيف ويمكن الاستعاضة عنه بالبخاخات العلية أكثر.

ملاحظة مهمة : يفضل غسل الفم والبلعوم بالماء بعد استخدام أي من أدوية الاستنشاق المحتوية على الكورتيزون.


حرف
الزاي



زحار Dysentery:

وهو من الأمراض الشائعة بكثرة في البلدان المدارية، ويهدد حياة الأطفال وكبار السن، سببه التهاب الغشاء المبطن للأمعاء، ويتعرض المصاب إلى فقدان كميات كبيرة من السوائل والأملاح اللازمة للجسم في الحالات التي يسبب فيها المرض الإسهال، وقد يصبح المرض مميتاً إذا تعرض المريض للجفاف. (أنظر أيضاً ديزانتري)

المسببات:

سبب هذا المرض الإصابة بأحد الأنواع العديدة من الكائنات المجهرية مثل بكتريا السالمونيلا وبكتيريا الشيكلا وكذلك أحاديات الخلية المعروفة بالأميبا وتنتقل هذه المسببات عن طريق براز الأشخاص المصابين، كما تنتشر عن طريق حاملي المرض من غير المرضى، وتنتقل البكتريا عن طريق الفم من الطعام والمياه الملوثين، كما تقوم الحشرات أيضاً بنقل المرض.

أعراض المرض:

- إسهال، وقد يتعرض المريض للجفاف بسببه.
- ارتفاع درجة الحرارة.
- التقيؤ.
- الشعور بآلام حادة في المعدة.
- يحتوي خروج المريض على المخاط والدم.
- يتسبب المرض في إصابة المريض بقروح في الأمعاء الغليظة، وقد تمتد العدوى إلى الكبد.
- يؤدي الزحار الأميبي إلى الوفاة في حالات نادرة.

التشخيص:

يشخص المرض بعد الفحص السريري وإجراء فحص عينات من خروج المريض حيث يلاحظ وجود الشيكلا أو الأميبا في هذه العينات أو في أنسجة الأمعاء.

العلاج:

يشمل العلاج تعويض المريض بالسوائل والأملاح المفقودة، ويعالج بالمضادات الحيوية.

زراعة قرنية العين Corneal Transplant:

هي عملية استبدال القرنية بأخرى مأخوذة من إنسان متبرع بعد الوفاة.

حالات زرع القرنية:

- **عتمة القرنية المسببة لضعف النظر .**
- **آلام في العين بسبب إصابة القرنية بمرض كالتقرحات المزمنة.**

وتعتبر عملية زرع القرنية من أكثر عمليات زرع الأعضاء نجاحاً إذ تصل نسبة نجاح العملية إلى ٩٥% أو أكثر.

وتصل نسبة رفض الجسم للقرنية المزروعة إلى ٥% أو أكثر قليلاً خاصة عند صغار السن وفي حالة وجود مرض مثل التراخوما.

وقد تكون عملية زراعة القرنية في بعض الحالات هي الحل الوحيد لإعادة النظر لمرضى عتمة القرنية.

زكام Coryza (انفلونزا) Common Cold (Influenza):

وهو من الأمراض الفايروسية المعدية الشائعة، **يكثر حدوثه في فصل الشتاء، وهو أحد أنواع العدوى التي تصيب الغشاء المخاطي للأنف والحلق، وأحياناً الممرات الهوائية والرئتين، وتنتقل العدوى عن طريق استنشاق الهواء الملوث بالفايروس إذ ينشر المصابون العدوى في الهواء من حولهم عند تنفسهم وسعالهم وكلامهم وعطاسهم.**

المسببات:

يسبب الزكام فايروس يدعى رينو- فايروس (Virus – Rino) وقد أوضحت البحوث التي أجريت على فايروس الزكام (الأنفلونزا) إنه لا يوجد نوع واحد فقط من الفايروسات مسؤولاً عن الإصابة به، **ولكنها أنواعاً كثيرة فهناك أكثر من مائة نوع من الفايروسات المسببة لهذا المرض، تشترك فيما بينها بخواص عديدة، وسميت هذه**

الأنواع بمجموعة فايروس الأنفلونزا "أ" (Influenza A Viruses)، كما لوحظ إن هذه المجموعة هي المسؤولة عن الأوبئة الكبيرة.

وهناك مجموعة أخرى سميت مجموعة فايروسات الأنفلونزا "ب" (Influenza B Viruses)، وهذه المجموعة تسبب أعراضاً مرضية مزعجة ولكنها لا تسبب الأوبئة على نطاق واسع، مقارنة بتلك التي تحدثها مجموعة الفايروسات "أ".

وقد توصل العلماء إلى أن أحد الأسباب التي تصيب الناس بنزلات البرد باستمرار يكمن في أن الفايروسات المختلفة تحدث أمراضاً مشابهة، كما أن نوعاً ما من أنواع الزكام لا يعطي مناعة ضد أي نوع آخر، وجميع الناس على اختلاف أعمارهم عرضة للإصابة بالزكام، وخاصة الأطفال.

طرق العدوى:

تتم العدوى عن طريق استنشاق جزيئات الفايروس المتطايرة من الرذاذ الخارج مع سعال أو عطاس المصاب.

فترة الحضانة:

تقع فترة الحضانة بين العدوى وبين ظهور أول أعراض المرض لفايروس الزكام (الأنفلونزا) وتبلغ حوالي يومين، ويستمر الزكام الخفيف أياماً قليلة، أما العدوى الحادة فقد تستغرق أياماً كثيرة قبل أن يشفى منها المريض.

أعراض المرض:

١- زيادة الإفراز المخاطي من الأنف مما يسبب انسداداً في الأنف (أو سيلان الأنف)، لذا يجد الشخص المصاب صعوبة في التنفس.
٢- احتقان الأنف وعطاس.
٣- حرقة وآلام في الحلق وبحة في الصوت.
٤- صداع واحمرار العينين.
٥- ارتفاع في درجة الحرارة.
٦- آلام في الظهر والساقين وقد تعم الجسم كله.
٧- فقدان الشهية.

٨- وقد تنتقل العدوى إلى الأذنين، والجيوب الأنفية والعينين، وعندما تنتشر العدوى إلى الممرات الهوائية والرئتين، فإنها تتسبب في الالتهاب الشعبي والالتهاب الرئوي.

وتعتري المريض في كثير من الأحيان قشعريرة فيكون دافئاً ولكنه يشعر بالبرد، ويميل في هذه المرحلة إلى الاستقرار في الفراش بسبب الخمول الذي يشعر به، وتستمر هذه الحالة لمدة أربعة أيام، يبدأ بعدها بالتحسن.

وتكمن خطورة هذا المرض في أنه يجعل المصابين أكثر عرضة للإصابة بأنواع أخرى من العدوى، وتتفاقم هذه الخطورة مع كبار السن وأولئك الذين يعانون من اعتلال في الرئتين أو الأشخاص ذوي البنية الضعيفة نظراً لسوء صحتهم العامة.

الوقاية:

ليس هناك لقاح يمنع الأنفلونزا إلا بعزل المصابيين به (Isolate) وتجنب اختلاط الأشخاص الأصحاء بالمرضى لمنع انتشار الفايروسات مع نوبات السعال أو العطاس، وتؤدي الإصابة بالزكام عن طريق أي فايروس من الفايروسات المسببة لها إلى إحداث مناعة (Immunity) لدى الشخص المصاب ضد إصابة ثانية بواسطة نفس المجموعة من الفايروسات، ولكن هذه المناعة لا تسبب حماية كاملة ضد أي هجوم يحدث من قبل مجموعة أخرى، وهذا هو سبب معاناة الشخص من الإصابة بالزكام عدة مرات.

العلاج:

١- الراحة التامة في الفراش.

٢- استعمال الأدوية المسكنة للألم مثل الأسبرين أو أي عقار آخر مشابه ليسكن أوجاع العضلات والآلام الأخرى.

٣- استعمال الأدوية المضادة للاحتقان بشكل رذاذ أو قطرات الأنف والتي تعمل على تقليص الأغشية المخاطية لدى المصاب، وتساعده على التنفس بشكل طبيعي، أما أدوية استنشاق البخار فإنها تخفف الاحتقان بعض الشيء.

٤- تناول الأطعمة المغذية وشرب السوائل الدافئة.

٥- لا تستعمل المضادات الحيوية (Antibiotics) إلا في حالة وجود التهاب بكتيري مشترك.

المضاعفات:

قد يصاب المريض بحالة من الخمول والانكماش والوهن العام وتدعى هذه الحالة الاكتئاب بعد الأنفلونزا (Influenzal Depression- Post) **وقد تؤثر سلبياً على المصاب فتؤخر شفائه لمدة قد تطول إلى أربعة أسابيع.**

زهري **Venereal**:

هو مرض معد يصيب الجهاز التناسلي وينتقل من شخص إلى آخر، كما ينتقل من المرأة الحامل إلى الجنين في الرحم، وتدخل بكتيريا الزهري في الدم ثم تنتشر إلى جميع أجزاء الجسم، ويسير هذا المرض حتى يصبح مزمناً (Chronic Venereal) **حيث يستمر مع المريض لسنين طويلة إذا لم تتم معالجته.**

الأنواع:

١- النوع الأول:

وهو النوع التناسلي الذي ينتقل عن طريق الاتصالات الجنسية.

٢- النوع الثاني:

وهو النوع غير التناسلي الذي ينتقل عن طريق التلوث (تلوث الأدوات أو عن طريق الاحتكاك المباشر بالشخص المصاب).

المسببات:

تسبب مرض الزهري بكتيريا الزهري المسماة تروبينميا (اللولبية الشاحبة) وهي بكتيريا حلزونية معقدة دقيقة في تكوينها ولا تحتوي خليتها على نواة ولكنها تستطيع الحركة تدخل جسم الانسان عن طريق جرح أو قرحة أو خدش في الأجزاء الرطبة من الأعضاء التناسلية، **وهي ضعيفة المقاومة إذ إنها لا تتمكن من العيش خارج الجسم لأكثر من دقائق معدودة وبإمكان المواد الكيميائية المطهرة والمضادات الحيوية القضاء عليها بسهولة كما إن هذه البكتيريا لا تتمكن من مقاومة الجفاف والحرارة** (أكثر من سبعة وأربعين درجة مئوية) **ولهذا فإن العدوى لا تتم إلا من خلال الاتصال المباشر بين المريض والشخص السليم.**

مراحل مرض الزهري:

تتطور الإصابة بمرض الزهري على شكل مراحل وتختلف هذه المراحل باختلاف ظهور أعراض المرض التي تتباين من إنسان إلى آخر حسب ظروف المريض ومناعته ومقاومة جسمه للمرض، فقد لا تظهر عليه أي أعراض أو قد تظهر أولى أعراض المرض وعندها يدخل المريض في المرحلة الأولى لمرض الزهري.

المرحلة الأولى (الابتدائية):

تتراوح مدة حضانة بكتيريا الزهري ما بين (٩-٩٠) يوماً، وفي هذه المرحلة تظهر عند المصاب قرحة الزهري في المكان الذي دخلت منه البكتيريا المسببة إلى الجسم ويكون هذا المكان عادة في الأعضاء التناسلية ويتبع ذلك تورم في الغدد الليمفاوية المجاورة، **وتكون هذه القرحة سطحية غير عميقة مستديرة أو بيضوية بلا حافة وذات لون نحاسي كما تكون صلبة الملمس ولذلك تسمى القرحة الصلبة، وقد تظهر هذه القرحة أحياناً على الشفاه بسبب التلامس أثناء التقبيل بين المصاب والسليم.**

وقد يكون موقع هذه القرحة في عنق الرحم أو في داخل المهبل عند المرأة المصابة، وأحيانا تلتئم وتختفي هذه القرحة في خلال الثلاث أسابيع لو لم يكتشف ويتم علاجه.

وتبدو هذه الأعراض بوضوح عندما يكون مكان العدوى في القلفة وفي هذه الحالة تتضخم الغدد الليمفاوية المجاورة (المنطقة المغبنية) **ويكون هذا التضخم غير مؤلم.**

وقد تمر هذه الأعراض على المصاب دون أن يلحظها ولكن يبقى تضخم الغدد الليمفاوية من القرائن التي لا تخطئ إلا نادراً وكذلك التحليل والتفاعل (الارتكاس) **بطريقة فازرمان ولا يثبت الارتكاس السلبي دائماً خلو المصاب من البكتيريا الزهرية في هذه المرحلة.**

المرحلة الثانية (الثانوية):

تبدأ المرحلة الثانية بالظهور متأخرة نوعاً بعد ستة أسابيع إلى ستة أشهر أي بعد نهاية المرحلة الأولى، وتكون الأعراض في هذه المرحلة:

- **تضخم الغدد الليمفاوية.**

- ارتفاع درجات الحرارة.
- الشعور بالتعب والإرهاق.
- الإصابة بالآلام الروماتيزمية.
- ظهور طفح جلدي وخاصة في تجويف الإبط وعلى الظهر والصدر والبطن وتحتوي هذه البثور على الملايين من بكتيريا الزهري، وقد تكون أحياناً غير واضحة ولكنها عبارة عن قطع حمراء باهتة اللون أو ذات لون أحمر دموي أو نحاسية اللون، وتكون هذه البثور مستديرة أو بيضوية الشكل ذات حدود واضحة وتكون أحياناً بمستوى الجلد أو قد تعلوه قليلاً جداً، ويختلف عدد هذه البثور وحجمها كثيراً وقد تكون باهتة اللون بشكل لا يلفت نظر المريض وحتى الطبيب في بعض الأحيان ويختفي في عدة أسابيع.

وفي بعض الحالات قد تكون هذه البقع قاتمة اللون وتعلو الجلد بشكل واضح أو قد تبدو وكأنها بثور عادية، **وفي حالات أخرى تظهر هذه البثور على وجنتي المصاب وقد يكتسي جسمه أيضاً بهذا الطفح الأسمر البارز، أما عند المرأة فقد يبدو بشكل خاص على شكل بقعة عقدية تكون مستديرة الشكل وغالباً ما تظهر على الجبين وتسمى هالة فينوس** (كوكب الزهرة) **ومن هذا أصبح اسم هذا المرض الزهري.**

- **ظهور اللويحات المخاطية: وهي بقع وبثور بيضاء اللون تظهر في الأجزاء الرطبة من الجسم وخاصة في الأغشية الداخلية تكون على شكل تقرحات في باطن الفم والأسنان واللسان أو على الأغشية المخاطية للأعضاء التناسلية.**
- **ظهور أورام عنقودية حول الأعضاء التناسلية وحول الشرج.**

وتظهر في نهاية المرحلة الثانية وبعد مرور سنة أو سنتين على العدوى أعراض الزهري الثانوية وأهمها:

- **ابيضاض الجلد: حيث تظهر بقع ناقصة الصباغ على الجلد، ويكون لون الجلد من حولها طبيعياً.**
- **تساقط شعر الرأس: يتساقط شعر الرأس بشكل فجائي وغزير ويكون التساقط على شكل بقعي أو خردقي ويشمل كافة مناطق فروة الرأس.**

- **إذا صاحبت كل هذه الأعراض صداع عنيف فهذا يدل على أن بكتيريا الزهري قد أصابت الدماغ.**

ويكون انتشار المرض في هذه المرحلة تاماً حيث ينتشر في جميع أنحاء الجسم ونادراً ما يكون فحص الدم في هذه الحالة سلبياً، **وتختفي هذه الأعراض إذا أهمل المصاب معالجتها، ويكون مرض الزهري معدياً في المرحلتين الأولى والثانية منه وينتقل إلى الأشخاص السليمين عن طريق الاتصال الجنسي مع الأشخاص المصابين به.**

المرحلة الثالثة (المستترة):

تظهر أعراض هذه المرحلة بعد نهاية المرحلة الثانية بعد ثلاث أو أربع سنوات على بدأ الإصابة، **وهي الأعراض المخيفة لهذا المرض وتكون هذه المرحلة غير معدية.**

وتتعرض معظم أجزاء جسم المريض في المرحلة الثالثة لمرض الزهري إلى مخاطر هذا المرض **فتشمل الإصابة كل من الجلد وأنسجته الداخلية حيث تظهر دمامل صمغية وتقيحات منفردة أو مجتمعة وقد تصيب هذه الدمامل والتقرحات عضواً ما فتفتك به وتشوهه وغالباً ما تحدث لأرنبة الأنف كما تشمل الإصابة الأغشية المخاطية والعظام والمفاصل والعضلات والشعر والعيون والنخاع الشوكي والمخ والقلب والشرايين والكبد والكلى.**

وتظهر في هذه المرحلة حالات مرضية تهدد حياة المريض مثل تقرحات الجلد وتسوس الأسنان وتلف المفاصل وانكماش العضلات وتساقط الشعر وفقدان البصر والجنون وتليف الأعصاب وهبوط القلب وتضخم الشرايين وتصلبها وهبوط الكبد والكلى وقد تؤدي هذه الحالات المرضية إلى موت المريض وقد تتجاوز مدة هذه المرحلة العشرين سنة وتنتهي بمرحلة انحلال النخاع الشوكي وفقدان انتظام الحركة وزوال ردود الفعل العصبية.

وأهم أعراض الانحلال الشوكي هي عدم توازن المريض وعدم تحكمه بحركاته، **وتصاحب هذه المرحلة آلام طويلة تنتهي بالموت.**

كما يصاب المريض بالشلل العام **نتيجة لإصابة الدماغ بالبكتيريا الزهرية التي تفتك به وأهم أعراضه التبدل العام في شخصية المريض وأخلاقه.**

المرحلة المختفية (المتأخرة):

قد يمر الزهري أحياناً بالمرحلة المختفية وهي المرحلة التي لا يظهر فيها أي

أعراض أو علامات للمرض عند المريض ولكن بكتيريا الزهري تكون موجودة في الأنسجة، وتحدث هذه الحالة عندما يتعاطى المريض علاجاً غير كافياً للقضاء على بكتيريا الزهري فيدخل المرض فيما يسمى بالمرحلة المختفية وتكتشف هذه الحالة عن طريق تحليل الدم.

التشخيص:

١- الأعراض السريرية الظاهرة على مريض الزهري.

٢- الفحص السريري: يظهر هذا الفحص وجود أعراض إصابة في المفاصل أو القلب أو الشرايين أو المخ أو الأعصاب.

٣- التاريخ المرضي وتاريخ الإصابة: يساعد ذلك في الوصول إلى تشخيص كامل للمرض وتحديد فترة الإصابة به والمرحلة التي يكون فيها المريض وقت التشخيص.

٤- إجراء الفحوصات بالأشعة السينية (X- Ray): لتحديد مكان إصابة العظام.

٥- إجراء الفحوصات المختبرية (Laboratory Testes):

أ- فحص الدم.

ب- فحص النخاع الشوكي.

ويتم فيهما البحث عن الأجسام المضادة (Antigen) لبكتيريا الزهري لأن وجود هذه الأجسام المضادة يؤكد إصابة الشخص بمرض الزهري.

ج- الفحص النسيجي لعينة مأخوذة من قرحة الزهري حيث تظهر بكتيريا الزهري المتحركة تحت المجهر بوضوح.

الوقاية:

تكون الوقاية من هذا المرض الفتاك بالامتناع عن ممارسة العلاقات الجنسية المشبوهة ومراجعة الطبيب عند ملاحظة أي أعراض أو علامات غير طبيعية وكذلك الالتزام بتعليمات الطبيب وإرشاداته وأخذ العلاج اللازم بانتظام.

العلاج:

لقد قل عدد المصابين بمرض الزهري في العالم إلى النصف بعد أن اكتشفت البكتيريا المسببة له ويتم علاجه باستعمال مادة الزرنيخ.

وبما أن سير المرض كثير التقلبات ويمر بمراحل عديدة، وقد لا يتحقق التشخيص الصحيح إلا بعد مرور وقت طويل، لذلك يجب اتخاذ كل الاحتياطات اللازمة للتأكد من تحقيق الشفاء التام.

ويتم القضاء على مرض الزهري بسهولة بعقار البنسلين (Penicillin) إذ أن بكتيريا الزهري لا تستطيع مقاومة هذا المضاد الحيوي الفعال ولا يمكنها اكتساب مناعة ضده وذلك في المراحل الثلاثة الأول من الإصابة، **ولكن العلاج بهذا الدواء لا يحقق النجاح في الحالات المتقدمة من المرض إلا في بعض الحالات النادرة، أما إذا كان المريض يتحسس من البنسلين فبإمكان الطبيب استبدال البنسلين بمضادات حيوية أخرى مثل التتراسايكلين** (Tetracycline) **والأرثرومايسين** (Erythromycin)، **وغيرها من المضادات الحيوية الأخرى.**

إن أساس علاج مرض الزهري في جميع مراحله هو استعمال مركبات الزرنيخ وأهمها مركب الأرسنوبنزات ومركب الأرسنوبنزول، **وتحقن هذه المركبات في الوريد بجرعات محددة من قبل الطبيب المعالج الذي يزيد من مقدار هذه الجرعات وعددها، وكذلك فإنه يصفها مع حقن بزموت التي تعطى عن طريق الحقن العضلي.**

وتكون هذه المعالجة على شكل دفعات متقطعة تستمر أقلها لمدة ثلاث سنوات وتكون مدة كل دفعة شهران أو ثلاثة أشهر يجري بعدها فحص الدم بطريقة التفاعل (رد الفعل أو الإرتكاس).

وقد يظهر تفاعل فارزمان نتيجة سلبية وهذا لا يغني عن إعادة العلاج أو المراقبة الدقيقة للمريض طوال ثلاث سنوات على الأقل تجري خلالها فحوصات تفاعلات فازرمان.

زواج مريض الزهري:

على مريض الزهري المقبل على الزواج تأجيل زواجه لحين الشفاء من المرض شفاءً تاماً أما إذا كان المريض متزوجاً فيجب أن يمتنع عن الجماع في **المرحلتين الأولى والثانية** حيث يكون المرض فيهما معدياً، **ويعود المريض لممارسة حياته الجنسية الاعتيادية بعد أن يكتمل علاجه ويمرّ على شفائه التام ستة أشهر كاملة.**

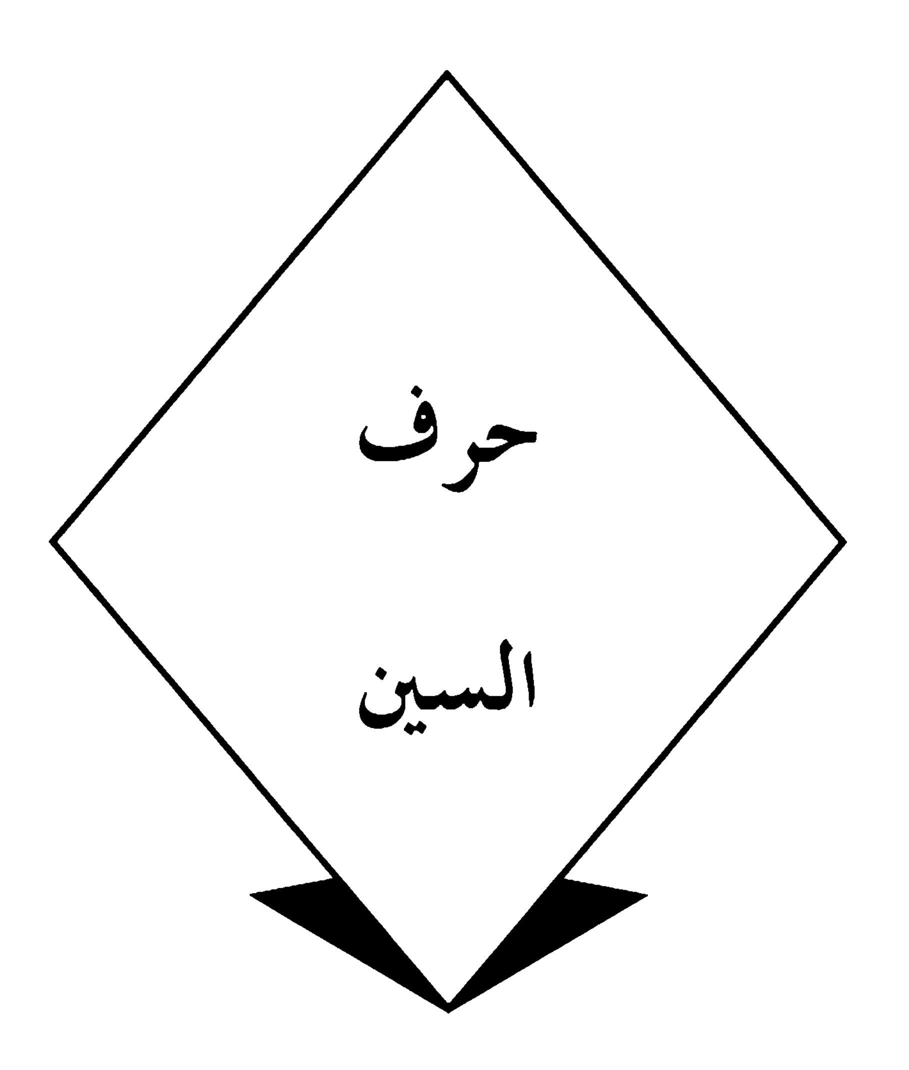
وفي المرحلة الثالثة من المرض يسمح للمريض بالجماع لأن المرض في هذه المرحلة لا يسبب العدوى ويجب أن يكون المريض مستمراً في العلاج بانتظام وعليه تقليل الجماع قدر الإمكان والحد منه إذا كان المريض مصاباً بزهري القلب والشرايين.

مرض الزهري الوراثي:

تنقل الأم المصابة بمرض الزهري العدوى إلى جنينها حيث تهاجم بكتيريا الزهري الجنين في رحم أمه وتقتله، فإذا حدث الإجهاض ولم يكن له سبب واضح وجب عرض الأم على الطبيب من أجل إجراء فحوصات للدم بطريقة فازرمان، أما إذا قاوم الجنين هجوم بكتيريا الزهري حتى الشهر السابع أو الثامن فقد يولد حياً ثم يموت أثر الولادة.

وإذا بقي حياً بعد الولادة فتظهر عليه بعض أعراض مرض الزهري المتمثلة بظهور بقع جلدية ودمامل وأكياس مليئة بسائل شفاف (فقاقيع) تنتشر على قدميه ويديه وعلى جسمه، كما يظهر تورم في قرنية العين وأحياناً تورم في الأنف وسائر أجزاء الجسم، وتشقق مؤلم في الفم والشرج ونزيف قيحي في الأنف واصفرار شمعي وتجعد في الجلد، بالإضافة إلى إصابته بأعراض أخرى كالزكام، أو العمى، واضطراب الدورة الدموية أو تأخر ظهور الأسنان، وعدم ظهور ناب أو نابين أو الصرع، أو الجنون، وأحياناً تصاب الغدد الصماء بالقصور فيضطرب نمو الجسم اضطراباً خطيراً، أو قد يصاب بانسداد في الأغشية التنفسية مما يؤدي إلى موت الطفل عند ولادته مباشرة.

أما إذا تعدى الطفل هذه المرحلة فإنه يتعرض إلى نفس الأعراض المرضية التي تحدث في المرحلة الثانية لمرضى الزهري خلال السنتين الأوليتين من عمر الطفل، حيث يظهر الطفح الجلدي على جميع أجزاء جسمه ويصاب الفم واللسان بتقرحات ويسوء نمو الأسنان وفي السنة الثالثة من عمره تبدأ أعراض المرحلة الثالثة بالظهور فتصاب جميع أنسجة الجسم وتحدث تشوهات وعاهات مستديمة على الوجه والعظام والعضلات.


حرف
السين



سرطان البروستات Carcinoma of the Prostate:

هو ورم خبيث يصيب الرجال بعد سن الستين ونادرا ما يصيب الرجال ممن تقل أعمارهم عن الستين، **وهو مرض خطير سريع الانتشار في المنطقة والأنسجة المجاورة له وينتشر إلى الرئة والعظام.** ويزداد نمو الورم مع زيادة هرمون الأندروجين ويقل مع هرمون الأوستروجين.

أعراض المرض:

١- **احتباس البول.**

٢- **حدوث تضخم وتصلب في غدة البروستات.**

٣- **آلام في منطقة أسفل الظهر وخاصة عند التبول.**

٤- **الشعور بحرقة أثناء التبول.**

٥- **تعدد مرات التبول.**

٦- الزحير البولي: **حيث يشعر المريض بحاجة ملحة للتبول دون أن يخرج البول إلا بشكل قطرات قليلة جداً.**

٧- **عندما ينتشر المرض يحدث تكور مرضي للعظام.**

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

- **الأعراض السابقة.**
- **الفحص السريري للمريض.**
- **إجراء الفحوصات المختبرية للدم: حيث تظهر النتائج وجود زيادة في نسبة**
- **الفوسفاتيز الحامضية في الدم.**
- **إجراء الفحص النسيجي للبروستات: حيث يتم أخذ خزعة من نسيج البروستات وفحص خلاياه مختبرياً.**

العلاج:

يتم العلاج جراحياً وذلك عن طريق إجراء عملية استئصال غدة البروستات (Prostatectomy).

سرطان الثدي Breast Cancer:

يصيب سرطان الثدي أنسجة الثدي والأنسجة المحيطة به وعضلات الصدر التي تصل الثدي بالضلوع، **وكذلك العقد الليمفاوية في منطقة ما تحت الذراع، ويصيب كلاً من النساء والرجال على السواء ولكن حدوثه عند النساء بنسبة اكبر، حيث يشكل نسبة ٢٨% من إجمالي حالات السرطان المكتشفة في العالم.**

ويعتبر هذا السرطان من أهم الأمراض التي تؤدى إلى الوفاة بين الإناث، **وإذا تم اكتشاف سرطان الثدي في مرحلته المبكرة، فان العلاج يكون فعالاً إلى حد كبير.**

المسببات:

- **السن: تزيد احتمال الإصابة كلما زاد سن المرأة.**
- **التاريخ المرضى للعائلة: يزيد احتمال حدوث سرطان الثدي إذا أصيب أحد أقارب المرأة** (أم، أخت أو بنت) **به خاصة قبل انقطاع الطمث.**
- **التاريخ المرضي للمرأة: أن المرأة المصابة بسرطان الثدي تكون اكثر عرضة لإصابات ثانوية أخرى.**
- **علاقة سرطان الثدي بالحمل: يكثر احتمال الإصابة عند المرأة التي تحمل بالطفل الأول لها بعد سن الثلاثين أو التي لم تحمل أبداً.**
- **عوامل أخرى: السمنة: يمكن أن يزيد احتمال حدوثه إذا زاد وزن المرأة ٤٠ % عن الوزن المثالي، وقد لوحظ إن النساء اللاتي لديهن عدة أطفال ويأكلن غذاء قليل الدهون يكن أقل عرضة للإصابة بهذا المرض.**

أعراض المرض:

يتم الكشف عن سرطان الثدي في مراحله المبكرة عن طريق إحدى تقنيات الأشعة السينية، **كذلك هناك تقنية أخرى تسمى التصوير المقطعي الحاسوبي، ويمكن أيضاً الكشف عنه بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي.**

العلاج:

في اغلب الأحيان يتم علاج سرطان الثدي بعدة طرق مجتمعة، **فإذا تم الاكتشاف المكبر للسرطان وكان الورم في حدود ٣ سم فان العلاج لا يستلزم استئصال الثدي ولكن يمكن استئصال الورم وعلاج باقي الثدي بالأشعة.**

أما إذا كان الورم اكبر من ذلك أو انتشر إلى الغدد الليمفاوية فيضاف العلاج الكيميائي والهرموني إلى العلاج، ومن الطرق العلاجية لسرطان الثدي:

١- **الجراحة: وهي أنواع كثيرة تختلف باختلاف حجم الورم ومدى انتشار المرض،** وهناك ثلاثة عمليات رئيسية لاستئصال الثدي هي:

أ- **عملية استئصال كلي** (يتم فيها إزالة الثدي والأنسجة المحيطة به والعقد الليمفاوية وعضلات الصدر).

ب- **عملية استئصال كلي مخففة** (يتم فيها استئصال الثدي والعقد الليمفاوية دون إزالة عضلات الصدر).

ج- **عملية استئصال جزئي** (يتم فيها استئصال الورم فقط من الجزء المصاب بالثدي -وهو أقل تشويهاً- وتعالج بقية الأنسجة بالأشعة).

٢- **العلاج الإشعاعي: هو علاج موضعي يتم بواسطة استخدام أشعة قوية تقوم بتدمير الخلايا السرطانية.**

٣- **العلاج الكيميائي: وهو علاج شامل يعطى بشكل دوري يتم بواسطة أخذ عقاقير إما عن طريق الفم أو الحقن لقتل الخلايا السرطانية.**

٤- **العلاج الهرموني: يعمل هذا العلاج على منع الخلايا السرطانية من تلقي الهرمونات الضرورية لنموها، ويتم عن طريق اخذ أدوية تغير عمل الهرمونات أو عن طريق إجراء جراحة لاستئصال الأعضاء المنتجة لهذه الهرمونات كالمبايض.**

الكشف المبكر لسرطان الثدي:

١- الفحص الذاتي للثدي:

من الضروري إجراء الفحص للذاتي مرة كل شهر في اليوم السادس أو السابع من الدورة الشهرية على النحو التالي حيث يمكن إجراء هذه الخطوات خلال الاستحمام:

- قفي أمام المرأة وافحصي ثدييك إذا كان هناك أي شئ غير عادي.
- ضعي يديك خلف رأسك واضغطي بهما إلى الأمام دون تحريك رأسك وأنت تراقبين نفسك أمام المرأة.
- ضعي يديك على الوسط وانحني قليلاً مع ضغط الكتفين والمرفقين إلى الأمام.
- ارفعي يدك اليسرى وابدئي باستخدام يدك اليمنى في فحص الثدي الأيسر ابتداءً من القسم الخارجي وبشكل دائري حتى الحلمة مع التركيز على المنطقة بين الثدي والإبط ومنطقة تحت الإبط.
- اضغطي بلطف على الحلمة للتأكد إذا كان هناك أي إفرازات.
- أعيدي الخطوتين السابقتين على الثدي الأيمن.
- تعاد الخطوتان السابقتان عند الاستلقاء على الظهر.

إذا وجدت علامات غير طبيعية مثل ورم موضعي، تغير في شكل أو حجم الثدي، انخفاض أو نتوءات على الجلد، تغير في لون الجلد أو خروج إفرازات وخاصة الدموية منها من الحلمة، خلال الفحص الذاتي عليك بمراجعة الطبيب في اقرب وقت ممكن.

٢- الصورة الإشعاعية للثدي:

تجرى الصورة الإشعاعية لرؤية الأجزاء الداخلية للثدي، تؤخذ أول صورة للمرأة عند سن يتراوح بين ٣٥ و ٣٩ سنة ثم مرة كل سنة أو سنتين.

سرطان الجلد Skin Carcinoma:

وهو من أكثر الأورام الجلدية الخبيثة مصادفة ويظهر غالباً عند المتقدمين في السن، **ويصيب الرجال أكثر من النساء، ويمكن أن يؤدي إهماله أو عدم اكتشافه منذ بدء الإصابة به إلى إصابة العقد الليمفاوية المرافقة، وكذلك إلى إصابة الطبقات العميقة من الجلد، ومن ثم ظهور الانتقالات الورمية في الأجهزة الأخرى.**

أعراض المرض:

يسبق ظهور سرطان الجلد أعراض مرضية غير طبيعية في الجلد تسمى بالحالة ما قبل السرطان ومن هذه الأعراض:

- **ظهور اضطرابات عند الشيوخ** (القرن الشيخوخي).

- **حدوث التهابات مزمنة في الشفتين.**
- **حدوث الطلاوات التي يغلب ظهورها عند المدخنين.**
- **يمكن أن يظهر على المريض إصابات ندبية سابقة في الجلد سواء بسبب الحروق أو عقب إصابة بذئبة درنية أو صمغ إفرنجي أو حادث رضي.**

المسببات:

هناك عدد من العوامل المؤهبة لظهور سرطان الجلد منها:

- **التخرش الميكانيكي المستمر.**
- **التأثير الطويل للأشعة فوق البنفسجية الآتية من الشمس، ويحدث ذلك غالباً لمستخدمي الحمامات الشمسية باستمرار، وللذين تتطلب طبيعة عملهم البقاء لفترات طويلة في ضوء الشمس ولو لجرعات قليلة. كذلك التعرض.**
- **التعرض الطويل لأشعة رونتجن** (الأشعة السينية عند التصوير بالأشعة السينية).
- **ويكثر ظهور سرطان الجلد أيضاً عند عمال الفحم الحجري أو العاملين بتماس المشتقات القطرانية وأمثالها.**

وينشأ مرض سرطان الجلد إما على حساب الخلايا القاعدية (السرطان القاعدي الخلايا) **أو ينشأ على حساب الخلايا الشائكة في البشرة** (Squamous cell carcinoma) **الأبتليوما الشائكة،** ويندر أن يكون منشأ هذا المرض مختلطاً من النوعين السابقين:

أ- الأبتليوما القاعدية: **وهي أطول سيراً وأكثر سلامة وتقع غالباً على الوجه وخاصة على الأنف والجبهة.**

أعراض المرض:

يبدأ ظهور الأعراض على شكل حطاطة صغيرة تكون حدودها صريحة وغير مؤلمة، وتتقرح هذه الحطاطة بعد فترة طويلة من ظهورها، وتبدو على شكل قرحة بلون اللحم ذات قعر أملس يغطيها غالباً قشرة ويرى على حافاتها هالة ضيقة وصلبة.

ب- الأبتليوما الشائكة: **وهي أسرع خبثاً وتقع غالباً على الشفة السفلى واللسان والأعضاء التناسلية.**

أعراض المرض:

يبدأ ظهور الأعراض على شكل حطاطة بحجم حبة الحمص تكبر بسرعة وتتقرح هذه الحطاطة، وتأخذ شكل قرحة عميقة وحافتها صلبة جداً وقعرها متموج ونازف مع مناطق متقرنة، وبعد فترة قصيرة تظهر الانتقالات الورمية في العقد الليمفاوية والتي تتضخم في حجمها وتصبح قاسية.

وإذا لم يتم علاج المريض فإنه يموت خلال سنة ونصف تقريباً من بدء المرض.

العلاج:

يتم علاج سرطان الجلد في أول ظهوره بواسطة التخثير الكهربائي كما يلجأ كذلك إلى إجراء الجراحة والعلاج الأشعاعي وخاصة في الحالات المتقدمة من المرض.

ويكون الإنذار تابع لوقت التشخيص حيث إن التشخيص المبكر والعلاج السريع كثيراً ما يضمن الشفاء، أما بعد ظهور الانتقالات في العقد الليمفاوية فإن الإنذار يكون في هذه الحالة سيئاً.

ج- الورم الصباغي الخبيث (Melanoma): **وهو أخطر أنواع سرطان الجلد، لأنه كثيراً ما ينتقل ويسبب العدوى في مكان آخر بواسطة** (النقائل)، **وينشأ هذا الورم على حساب الخلايا المولدة للصباغ نتيجة حدوث تطور خبيث يطرأ على الوحمات الصباغية العادية** (الشامات) **حيث تأخذ فجأة بالنمو السريع في حجمها ويسود لونها ثم تنزف وتتقرح، وقد يظهر حول الشامة مساحة حمراء أو بقع بنية أو حلقة بيضاء، وقد يكون الورم مسطحاً أو مرتفعاً عن سطح الجلد ويختلف في الحجم واللون.**

ويكون سير الورم سريع جداً وإنذاره سيئاً للغاية حيث ينتشر بسرعة إلى العقد الليمفاوية والأجهزة الداخلية وجميع أجزاء الجلد، ويموت المريض خلال أشهر.

العلاج:

يتم العلاج بواسطة الاستئصال الجراحي الواسع والمبكر في المحيط والعمق، **أو عن طريق المعالجة الإشعاعية، وذلك بقذف السرطان بالأشعة السينية أو جسيمات من مواد مشعة مثل** (الكوبالت ٦٠ والراديوم).

سرطان الخصية Testicular Carcinoma:

هو ورم خبيث يصيب الخصيتين.

الأنواع:

أ- السرطان المنوي (Seminoma): وهو الأكثر شيوعاً.

ب- الورم الفجائي (Teratoma): ويحتوي على العديد من الأنسجة المختلفة.

أعراض المرض:

١- ظهور ورم في الخصية يحسه المريض.

٢- حدوث قيلة مائية في الخصية أو تجمع دموي في أغلفة الخصية.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

١- الفحص السريري للمريض.

٢- الفحوصات المختبرية حيث يتم فحص الإدرار.

العلاج:

يتم العلاج جراحياً باستئصال الخصية ثم بالمعالجة الكيميائية والشعاعية.

سرطان الرئة Carcinoma of the Lung:

هو عبارة عن نمو خلوي لا يمكن التحكم فيه، يبدأ في النسيج الذي يبطن القصبات الهوائية، وهو أحد الأسباب الرئيسية لموت الرجال والنساء في معظم البلدان الصناعية.

المسببات:

السبب الرئيسي لسرطان الرئة هو التدخين، **حيث ثبت أن المدخنين يتعرضون بسهولة أكثر من غيرهم لسرطان الرئة، وكذلك ارتفاع نسبة التلوث للهواء يزيد من نسبة الإصابة بسرطان الرئة.**

أعراض المرض:

- ضيق في التنفس.

- صعوبة في إخراج البلغم من القصبة الهوائية، ويرجع ذلك إلى نمو بعض خلايا الطبقة البطانية المبطنة للقصبة الهوائية، حيث تتكاثر وتنمو بنسبة أسرع من المعدل الطبيعي، مما يؤدي إلى تراكمها وحدوث تداخل في عملية إخراج البلغم، وتتطور بعض الخلايا المتضاعفة بسرعة وتصبح خبيثة، وتزاحم هذه الخلايا وتقضي على الخلايا الطبيعية، ويحتبس البلغم في الرئة، وتؤلف الخلايا السرطانية كتلة أو ورماً يسد القصبة الهوائية، وإذا لم يستطع الجراح استئصال الورم بالكامل فان الخلايا السرطانية تنتشر لمناطق أخرى وتسبب الموت.

العلاج:

يتم العلاج عن طريق الاستئصال الجراحي، وكذلك المعالجة الإشعاعية وذلك بقذف السرطان بالأشعة السينية أو جسيمات من مواد مشعة مثل (الكوبالت ٦٠، والراديوم).

سرطان الرحم Carcinoma of the Uterus:

هو سرطان يصيب الرحم أو عنق الرحم ويحدث عموماً للنساء اللواتي يحيين حياة قاسية وفقيرة ويأكلن غذاء غير متوازن أو يهملن في النظافة الشخصية.

المسببات:

تناول هرمونات الاستروجين الصناعية في علاج أعراض سن اليأس عند المرأة يسبب الإصابة بسرطان الرحم إذا أخذت بجرعات كبيرة، كما يمكن أن تحدث الإصابة بسرطان عنق الرحم (Cancer Cervical) بسبب الإصابة بفايروس يسمى فايروس الحُلَيموم، كذلك حدوث أورام ليفية في الرحم حيث تسبب آلاماً ونزفاً شديداً.

أعراض المرض

- الإحساس بالآم شديدة في البطن.
- نزيف دموي غزير.

العلاج:

يساعد اختبار بابا نيكولا على إنقاص نسبة الوفيات من سرطان عنق الرحم، حيث يؤخذ سائل من المهبل أو خلايا من عنق الرحم ويتم فحصها بواسطة المجهر، وميزة هذه الطريقة هي اكتشاف سرطان الرحم قبل ظهوره بحوالي ٥-١٠ سنوات،

وتعتبر الجراحة الطريقة الرئيسية لعلاج سرطان الرحم، وهناك عملية استئصال فرعية يتم فيها استئصال الرحم وقناتي فالوب، أما العملية الجراحية الشاملة فتشمل إزالة عنق الرحم، وفي بعض الحالات يتم إزالة أحد المبيضين أو كليهما.

كما يتم العلاج أيضاً عن طريق المعالجة الإشعاعية وذلك بقذف السرطان بالأشعة السينية أو جسيمات من مواد مشعة مثل (الكوبالت ٦٠، والراديوم)، **ويمكن للنساء إجراء فحص مسحات عنق الرحم** كل ثلاث إلى خمس سنوات، **وتعتبر المداومة على الرياضة والتقليل من الأطعمة الدسمة من وسائل الوقاية من مرض السرطان.**

سرطان القولون Colon Cancer:

يعتبر سرطان القولون ثاني أشهر السرطانات في الولايات المتحدة، ويؤدي إلى ٥٥,٠٠٠ حالة وفاة في كل عام، **ويصيب هذا النوع من السرطان النساء والرجال على السواء، ويصيب القولون والمستقيم** (وهو الجزء السفلي من القولون) **وقد تبين حديثاً أن جميع سرطانات القولون تنتج عن وجود زوائد لحمية تكون من النوع الحميد في البداية ولكن نتيجة الانقسامات غير الطبيعية في هذه الخلايا تنتج الخلايا السرطانية، ويقوم الطبيب المختص دائماً بإزالة الأورام الحميدة من جدار القولون عند فحص القولون.**

ومن الممكن القضاء على هذا النوع من السرطانات عن طريق الفحص الدوري، **والأشخاص المعرضين لسرطان القولون هم الأشخاص الذين أصيبوا بسرطان القولون سابقاً، أو تعرض أحد أفراد عائلتهم للسرطان، أو يشتكون من التهابات القولون المزمنة، وقد دلت دراسة حديثة أنه من الممكن إنقاذ ٩٠% من الأشخاص عن طريق الفحص المبكر.**

الأشخاص المعرضين لسرطان القولون:

١- **يتعرض النساء بالتساوي مع الرجال لسرطانات القولون.**

٢- **يتزايد سرطان القولون بعد سن الخمسين، ويبدأ في التزايد بعد عمر الأربعين.**

٣- **وجود أقرباء في العائلة قد تعرضوا للسرطان، أو وجود إصابة بأمراض تقرحات القولون المزمنة.**

أعراض المرض:

١- **آلام في البطن مصحوبة بغازات.**

٢- وجود دم في الخروج.

٣- اختلاف في طبيعة الخروج متنقلا من الإسهال إلى الإمساك.

٤- الشعور بعدم القدرة على التخلص من الخروج بشكل كامل.

ويعتبر الفحص المبكر أفضل وسيلة معروفة حتى الآن للوقاية من حدوث سرطان القولون، وينصح أخصائي الجهاز الهضمي للمراجعين بعد سن الأربعين بالآتي:

١- فحص الخروج للتأكد من خلوه من الدم بشكل دوري.

٢- فحص القولون عن طريق المنظار كل ٣ إلى ٥ سنوات.

٣- فحص القولون السنوي للأشخاص المعرضين لسرطان القولون.

سرطان الكبد الأولي Primary Liver Carcinoma:

ويسمى أيضاً الورم الكبدي (Hepatoma) **ويتألف من خلايا طلائية تشتق إما من:**

- **الخلايا الكبدية: ويسمى سرطان الخلايا الكبدية** (Liver Cell Carcinoma) **أو الورم الكبدي الخبيث** (Malignant Hepatoma) **وهو أكثر حدوثاً ويصيب الرجال أكثر من النساء.**
- **القنوات الصفراوية الدقيقة: ويسمى سرطان خلايا القنوات** (Ductular Cell Carcinoma) **أو ورم الورم القنوات الصفراوية الخبيث** (Malignant Chlangioma) **ويصيب النساء أكثر من الرجال.**

وفي بعض الأحيان يكون الورم مختلطاً ما بين النوعين.

المسببات:

يعتقد أن تخرش الخلايا الكبدية هو العامل الممهد الأساسي وأهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث التخرشات في الكبد هي:

- **البقايا الجنينية.**
- **المخرشات الكيمياوية.**
- **الأمراض الطفيلية.**
- **التهابات مجاري الصفراء.**

- تشمع الكبد.
- العوز الغذائي.

أعراض المرض:

١- ضعف عام.

٢- نقص الوزن.

٣- الاضطرابات المعدية المعوية.

٤- اليرقان.

٥- الألم البطني في ناحية الكبد وينتشر إلى الظهر.

٦- الوذمة المحيطية.

٧- تضخم الطحال أحياناً.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال الأعراض والفحص السريري للمريض حيث يلاحظ الطبيب وجود كتلة ورمية تكبر بسرعة، أو إذا كان على سطح الكبد عقد قاسية أو إذا وجد نزف داخل البطن، كما يتم التشخيص من خلال الفحص بالسونار وإجراء الفحص النسيجي لخزعة كبدية.

سرطان الكبد الثانوي Secondary Liver Carcinoma:

إن الكبد هو أكثر الأعضاء التي ينتشر إليها السرطان من جميع أنواعه وخاصة السرطان القادم من الأنسجة التي يخرج الدم الوريدي منها بأحد فروع الوريد البوابي الكبدي.

كما يتم انتشار السرطان بواسطة الأوعية الليمفاوية كما في حالات سرطان الثدي وسرطان الرئة.

أعراض المرض:

يحدث المرض بصورة تدريجية تبدأ بأعراض الورم البدائي وأهمها:

- الضعف العام.
- فقر الدم ونقص في الوزن.

وفي هذه الحالة يكون التشخيص سهلاً لأن الانتقال إلى الكبد منتظر، وقد لا تظهر أعراض الورم البدائي في بعض المرضى أو تكون هذه الأعراض خفيفة، ومع تقدم المرض تظهر على المريض أعراض أهمها:

- اضطرابات معدية معوية.
- الأم في الجهة اليمنى من البطن.
- اليرقان: يحدث أحياناً نتيجة لإصابة المجاري الصفراوية الكبيرة.
- تضخم حجم الكبد: ويكون الكبد صلباً وقاسياً ومعقداً.
- التهاب محيط الكبد.
- ارتفاع درجة حرارة الجسم نتيجة لازدياد عدد كريات الدم البيضاء.

ولا تضطرب وظائف الكبد المصاب كثيراً بالرغم من انتشار الورم في الكبد، وقد تكون زيادة نسبة البيليروبين في مصل الدم، ونسبة الأوربيلينوجين في الإدرار واحتباس البروم سولفاليئين، هي العلامات الوحيدة الدالة على حدوث تخرب في الكبد، كما تزداد أحياناً فوسفات الدم القلوية كما في حالة سرطان الكبد البدائي.

التشخيص:

غالباً ما يدل نمو كتلة معقدة في جهة الكبد على وجود سرطان ثانوي في الكبد وخاصة إذا كان الورم البدائي معروفاً، وفي الحالات المشتبهة والتي يكون الورم البدائي فيها مجهولاً يجب إجراء الفحوصات المختبرية للدم، والفحوصات الشعاعية والفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار)، وكذلك إجراء فحوصات الأشعة الطبقية للبحث عن السرطان الذي قد يكون موجوداً في المعدة أو القولون، وإجراء الفحص النسيجي للخزعة الكبدية.

العلاج:

يكون العلاج جراحياً في الحالات المبكرة للمرض حيث يتم استئصال الورم إذا كان موضعياً بعد أن يستأصل الورم الأصلي ثم يكمل العلاج بالأشعة.

سرطان المريء Esophagus Carcinoma:

يصيب سرطان المريء الذكور أكثر من الإناث ويحدث في سن ما بين

الخامسة والخمسين والخامسة والستين، وهو على أنواع عديدة منها:

أ- **السرطان الحرشفي (الشائك) (Squamous Cell Carcinoma): يحدث في نصف الحالات ويصيب الأربع أخماس العلوية من المريء.**

ب-**السرطان الغدي (Adeno Carcinoma): يصيب الخمس السفلي من المريء ويبدأ عادة من الغشاء المخاطي المعدي.**

ويكون شكل الورم إما حلقياً أو تقرحياً أو متفرعاً.

أعراض المرض:

١- **صعوبة البلع** (وهي الشكوى المميزة) **حيث تزداد الصعوبة تدريجياً دون الشعور بالألم.**

٢- **التشجؤ أو الفواق.**

٣- **نقص سريع في الوزن.**

٤- **الشعور بآلام حادة خلف عظم القص.**

٥- **فقر الدم والضعف العام.**

٦- **الإمساك بسبب قلة ما يأكله المريض.**

٧- **الشعور بالعطش في حالات الانسداد الكامل.**

٨- **قد يحدث نزف في حالة تقرح الورم: يظهر الدم مع التقيؤ** (Haematamesis) **أو بشكل خروج أسود** (Melena).

المضاعفات:

١- **تحدث اضطرابات نتيجة لضغط المريء على الأعضاء المجاورة والأعصاب** (انضغاط العصب الراجع الحنجري وينتج عنه انضغاط العصب الودي وانضغاط عصب الحجاب الحاجز وما يحدثه من الفواق).

٢- **انضغاط العقد الليمفاوية في العنق.**

٣- **حدوث النزف.**

٤- **ينتشر الورم إلى العقد الليمفاوية والكبد والعظام والكظرين والرغامي والقصبة اليسرى والبلعوم والمعدة.**

التشخيص:

١- إجراء الفحص بالأشعة السينية: يشاهد تشوه المريء وتميزه العلامة المهمة وهي الظل الفراغي غير منتظم الحافات مع تضيق فتحة المريء في المنطقة المصابة، ويكون التشوه في النوع المسمى السرطان الصلد (Scirrhous Carcinoma) بشكل حلقي ولا يمكن تفريقه عن التضيقات الأخرى، ومن خلال الفحص الشعاعي يعرف مدى المرض ودرجة التوسع فوقه ووجود الاختلاطات أو عدمها.

٢- فحص المريء بالمنظار: يتم رؤية المريء بمنظار المريء مع أخذ خزعة من أجل الفحص المختبري لخلايا الغشاء المخاطي المصاب.

٣- الفحص بالأشعة الطبقية.

العلاج

بما أن جدار المريء رقيقاً والسرطان فيه منتشراً عادة فإن الاستئصال الجراحي غير ناجح.

وأن علاج السرطان الغدي في أسفل المريء أسهل من علاج السرطان الشائك الكائن في القسم العلوي من المريء، ويمكن استعمال العلاج بالأشعة أو بالكوبالت المشع عوضاً عن الجراحة.

سرطان المعدة Gastric Carcinoma:

يكون سرطان المعدة عادة أما متقرحاً (Ulcerative) أو متبرعماً (Vegetating) أو مترشحاً (Infiltrating).

أعراض المرض:

١- التقيؤ الشديد (Sever Vomiting).

٢- فقر الدم الشديد (Sever Anemia).

٣- نقص في الوزن.

٤- النزف الهضمي العلوي.

٥- الشعور بوجود كتلة أو انتفاخ في المعدة.

التشخيص:

يتم تشخيص مرض سرطان المعدة بعد إجراء الفحوصات الآتية:

- **الفحص السريري (Clinical Examination):** يحدد فيه الطبيب حجم الورم وحركته وليونته أو صلابته وإن كان مؤلماً أم لا.
- **التصوير الشعاعي (X-Ray):** يظهر فيه وجود الورم.
- **إجراء منظار للمعدة:** يتم فيه رؤية الورم وتحديد مكانه، بالإضافة إلى تحديد ما إذا كان هناك نزف غير طبيعي في منطقة الورم.
- **الفحوصات المختبرية:** يتم من خلال فحص الدم مراقبة التحولات البروتينية في مصل الدم حيث يظهر نقص جزيئات الألبومين (Albumine) وزيادة جزيئات الكلوبيولين (Globuline) وكذلك زيادة الفايبرين (الليفين) (Fibrine) في الدم.
- **التصوير الطبقي المحوري (CT.Scan):** يتم إجراء تصوير شعاعي للعضو المصاب بواسطة المقاطع وهي طريقة حديثة في تشخيص الأورام.
- **الخزعة النسيجية (Biopsy):** وهي من أهم خطوات التشخيص وتعتمد عليها طرق العلاج، وتتم بإرسال الورم أو جزء من نسيج الورم وفحص أنسجته مختبرياً لتحديد نوع الورم إن كان حميداً أو خبيثاً.

العلاج:

يتم العلاج جراحياً باستئصال الورم ثم بالمعالجة الإشعاعية والكيميائية.

سرطان غدي Carcinoma:

هو سرطان يحدث في الخلايا الطلائية والتي تغلف السطح الخارجي والداخلي للجسم.

سرطان كلوي Renal Carcinoma:

وهو ورم خبيث يصيب الكلية ويكون على نوعين:

أ- السرطان الكلوي الغدي Renal – Adeno Carcinoma:

وهو سرطان غدي يصيب الذكور كبار السن بنسبة أكثر من الإناث، ويقع غالباً في أحد قطبي الكلية، ويسبب الورم تشوه قطبي الكلية ويضغط على الأنابيب

الكلوية مسبباً تلف النسيج الكلوي بأكمله، وينتشر إلى الكلية الأخرى عن طريق الدم والسائل الليمفاوي، وقد يحدث تخثر الدم والنزف.

أعراض المرض:

١- التبول الدموي (Hematuria).

٢- الإحساس بالألم والثقل في منطقة الخاصرة.

٣- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٤- نقص الوزن.

٥- الإصابة بفقر الدم.

٦- الضعف العام.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

١- الأعراض السابقة.

٢- الفحص السريري للمريض.

٣- إجراء الفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار).

٤- إجراء الفحص بالأشعة الملونة للكلية.

٥- إجراء الفحص بالأشعة الطبقية.

العلاج.

يكون العلاج عن طريق العلاج الجراحي وذلك باستئصال الكلية، ثم بالعلاج الدوائي بواسطة الأدوية الكيميائية بالإضافة إلى المعالجة الإشعاعية.

ب- ورم ويلمز **Wilm's Tumour**:

هو ورم خبيث يصيب الأطفال ويبلغ حجماً كبيراً قبل أن يكتشف، ويعتبر من الأورام الخبيثة لأنه يحتوي على أنسجة متعددة، وتشخص بعد أن يتم أخذ الخزعة النسيجية وفحصها مختبرياً.

أعراض المرض:

ظهور ورم في منطقة الخاصرة.

التشخيص:

- **إجراء الفحص الشعاعي بالأشعة السينية (X – Ray).**
- **إجراء الفحص بالتصوير الطبقي المحوري.**

العلاج:

يتم العلاج جراحياً وذلك عن طريق استئصال الكلية جراحياً ثم يكمل العلاج بواسطة المعالجة الشعاعية والكيميائية.

سرعة القذف:

وتسمى هذه الحالة أيضاً بسرعة الإنزال وهي كثيرة الانتشار وتعتبر شكلاً من أشكال العجز الجنسي، **ولا يحرم هذا العجز صاحبه من الجماع بل يسرعه مما يؤدي إلى حرمان الزوجين من المتعة، لأن القذف يحدث مباشرة حال الولوج، وقد يحدث قبل ذلك ثم يصاب الرجل بعد ذلك بالارتخاء.**

المسببات:

يحدث الإنزال أو القذف السريع بسبب زوال العوائق الدماغية من طريق السيطرة الإرادية، فتمر هذه من القشرة الدماغية إلى النخاع الشوكي دون ما توقف أو إعاقة.

وقد تحدث هذه الحالة نتيجة لـــ:

- **إصابة الرجل باضطراب عصبي، ويصاب بها غالباً الرجال الذين يندفعون عند كل تجربة.**
- تحدث نتيجة لشعور نفسي عصبي ينتاب الرجل: **كأن يخاف الرجل من العجز أمام المرأة، أو قد يتخوف من الإنزال في غير أوانه فيوقعه هذا الشعور أو التخوف فيما يخشاه.**
- تحدث بسبب النفور النفسي للرجل: **كأن يكره الزوج النساء أو يكره شريكته عن غير قصد فيحدث الإنزال قبل أوانه، ويحدث هذا غالباً بشكل لا شعوري بسبب ذكرى يختزنها العقل الباطن ولكنها سرعان ما تظهر تأثيراتها.**
- **بسبب التربية الخاطئة أو جهل الرجل في بعض خصائص الحياة الجنسية فتنشأ العقد النفسية نتيجة التعرض لأزمات نفسية أو أفكار جانحة.**

العلاج:

على المصاب بسرعة الإنزال مراجعة الطبيب المختص بالعلاج النفسي لكي يتعمق في درس كل أحاسيسه الداخلية المتضاربة، **وفهم أفكاره والأحداث التي مر بها بالإضافة إلى الأدوية والعقاقير الملطفة والمقوية التي يصفها الطبيب لعلاج هذا النوع من الاضطراب.**

سعال Cough:

وهو أكثر أعراض أمراض الجهاز التنفسي حدوثاً، **ويظهر نتيجة لأي مؤثر مرضي يصيب هذا الجهاز ويكون على أنواع:**

أ- سعال مع بلغم (قشع) (Sputum): قد يكون البلغم أحد طرق تشخيص المرض من حيث كميته وسمكه.

ب- سعال دموي (Hemoptysis): يظهر الدم مع نوبة السعال وهذا يعني وجود جرح في جزء من أجزاء الجهاز التنفسي.

سعال ديكي Whooping-Cough:

يصيب السعال الديكي الأنسجة المبطنة للمسالك التنفسية التي تؤدي إلى الرئتين، **وتحدث العدوى به نتيجة لاستنشاق الرذاذ المتطاير في الهواء والمحتوي على أعداد كبيرة من الجراثيم المسببة للمرض بالقرب من الشخص المصاب.**

المسببات:

يتسبب السعال الديكي عن الإصابة بعصيات (Bacillus) **السعال الديكي المعروفة بعصية الهيموفيليس بروتوسيس** (Haemophilus Pertussis).

وتعني كلمة هيموفيليس المتعطشة للدماء، **لأنها تعيش في الأوساط الدموية عندما يتم تربيتها صناعياً في المختبرات، وتعني كلمة بروتوسيس، السعال الشديد وهو أكثر الأعراض تمييزاً لهذا المرض.**

فترة الحضانة:

تكون فترة الحضانة في السعال الديكي عادة بين (٨-١٤) يوماً.

أعراض المرض:

١- تبدأ نوبة السعال الديكي عادة بسيولة في الأنف.

٢- ارتفاع في درجة الحرارة.

٣- سعال خفيف في المراحل الأولى للمرض.

وبصورة عامة فإن الأعراض في المراحل الأولى للمرض تكون شبيهة بأعراض نوبة البرد ولكن المريض لا يتحسن في خلال يومين أو ثلاثة بل تزداد حالته سوءاً، **إذ إن السعال يصبح أشد ويحدث بشكل نوبات تكون مصحوبة بسعال غريب يحدث صوتاً يشبه صوت الديك عندما يسحب المريض الهواء إلى داخل صدره، ومنه اكتسب المرض تسميته المعروفة.**

ويستمر السعال الديكي لمدة شهر أو أكثر، وطيلة فترة الإصابة هذه يكون المريض ناقلاً للعدوى.

وعندما تعود درجة الحرارة إلى حالتها الطبيعية فإن المريض يبدأ بالتحسن الكبير، وقد تستمر نوبات السعال (Bouts of Coughing) في بعض الأحيان لعدة أشهر وبعد اختفاء جميع الأعراض الأخرى.

الوقاية:

تكون الوقاية من خلال التطعيم باللقاح الخاص ضد السعال الديكي، **ولا يعطي هذا اللقاح حماية كافية ومناعة ضد المرض، ولكنه يحدد من حدة الأعراض عند الإصابة به ويجعله مرضاً بسيطاً.**

المضاعفات:

أكثر المضاعفات مضايقة هي:

- **النوبات (Fits) التي تحدث في الأطفال الرضع.**
- **الالتهاب الرئوي (Pneumonia) الذي يحدث في الأطفال الأكبر سناً.**

العلاج:

إذا تعرض الشخص المطعم ضد السعال الديكي للإصابة بالمرض فإن النوبة تكون بسيطة بحيث إن العلاج يكون مجرد الراحة في الفراش في مكان دافئ مع تناول

غذاء خفيف عبارة عن سوائل دافئة.

أما الشخص الذي لم يأخذ التطعيم وأصابه السعال الديكي فإن الإصابة به تكون شديدة ويكون العلاج بإعطاء المريض:

١- **المضادات الحيوية** (Antibiotics).

٢- **دواء الأوريوميلسين** (Aureomycin).

سعفات جازة Tinea Tonsurans:

هي إصابات فطرية تؤدى إلى تقصف الشعر أو جزء من أو بالقرب من سطح الجلد، **كما تظهر على شكل توسف في الجلد، ولذلك تبدو على شكل سطوح متفرقة.**

ولا تخلف هذه الإصابات أي ندبة أو أثر، ومتى شفيت فإن الشعر يعود فيها إلى النمو بعكس السعفات القرعية، **كما تمتاز السعفات الجازة بالشفاء العفوي حين البلوغ ولذلك فهي لا تشاهد عند الشباب وكبار السن غالباً.**

الأنواع:

للسعفات الجازة نوعان سريريان هما:

١- **السعفات الجازة بدقيقة البذور: يسببها نوع من الفطريات يسمى دقيق البذور** (Microsporum) **وتبدو الإصابة على الرأس بشكل بقع كبيرة، تظهر عليها وسوف دقيقة، ويكون معظم الشعر فيها مجزوز على ارتفاع بضعة مليمترات من سطح الجلد.**

٢- **السعفات الجازة بالفطور الشعرية: يسببها نوع من الفطريات الشعرية** (Trichophytion) **تقع فيها الفطريات داخل الشعرة، وتبدو الإصابة على شكل بقع صغيرة وسوفية ومتعددة وفيها بعض الشعر المجزوز، كما أن هذه الفطريات تصيب الجلد العادي على شكل بقع وردية وسوفية، ويكون سيرها نابذ حيث تتسع من محيطها وتشفى من المركز وتدعى بالعقبول المقوس.**

سعفات قرعية (Favus) Tinea Favosa:

هي إصابات فطرية سارية يسببها نوع من الفطريات يدعى (عديمة الغشاء الشونلاينية) **يتطفل على شكل شعر الرأس، كما يمكن أن يصيب الجلد والأظافر.**

العدوى:

ينتقل هذا النوع من الفطريات بالعدوى من خلال:

- **التماس المباشر بين الشخص المصاب والسليم.**
- **باستعمال حاجيات المصاب المختلفة، وخاصة أغطية الرأس.**

وتكثر الإصابة به لدى الأطفال في الأوساط القروية المتخلفة خاصة وتستمر الإصابة به مدى الحياة إذا لم يعالج، ولذلك يمكن مشاهدته أيضاً لدى الشباب وكبار السن.

أعراض المرض:

تتصف القرعة النموذجية بما يلي:

وجود اندفاعات صفراء تسمى القديحات القرعية: **وهي عبارة عن لطخ صغيرة مستديرة منخفضة في مركزها، يبلغ قطرها بضعة مليمترات تكون مجتمعة أو متناثرة والجلد الذي تحتها يكون أحمر ملتهب.**

والقديحات القرعية ما هي إلا خيوط الفطريات المتكاثرة، **ويمكن للفطريات أيضاً أن تغزو الشعر وتنمو في داخله، فيبدو الشعر بشكل باهت اللون فاقد للمعانه ورصفه الطبيعي، كما ويمتد نمو الفطريات حتى يصل إلى بصيلات الشعر، مسببة بذلك تلف تلك البصيلات بشكل نهائي، مما يؤدي إلى تساقط الشعر، وتترك في محلها ندبة دائمة، ولذلك يعتبر القرع من الإصابات المخربة للشعر والمشوهة للرأس.**

وهناك نوع من القرعة تشبه أعراضه أعراض القوباء تماماً وتشمل هذه الأعراض ما يلي:

- **ظهور قشور صفراء اللون.**
- **احمرار الجلد تحت المناطق المتقشرة والتهابه.**
- **عناد الإصابة وعدم استجابتها للعلاج العادي للقوباء: وهذا ما يلفت النظر نحو هذا النوع من القرعة.**
- **يكون سير القرعة بطيء جداً.**

والقرعة غير قابلة للشفاء العفوي بدون علاج، وتترك بعد شفائها ندبات دائمة عديمة الشعر وهذا ما يجعل إنذارها سيئاً.

سفلس Syphilis:

وهو من الأمراض الخطيرة التي تصيب الجهاز التناسلي، **ويعتبر من الأمراض الفتاكة، وينتقل هذا المرض بنسبة ٩٥% من حالات الإصابة عن طريق الاتصالات الجنسية المشبوهة وفي ٥% من الحالات ينتقل بواسطة استعمال الأدوات الملوثة.**

المسببات:

تسبب السفلس بكتيريا لولبية صغيرة الحجم جداً تتحرك بشكل حركات دائرية تنقلية وهزازة تسمى اللولبية الشاحبة (Treponmen Pallidum).

أعراض المرض:

يبدأ ظهور المرض بشكل قرحة مفردة صلبة تقع على القضيب أو على الشفرين أو عنق الرحم الداخلي أو الشرج أو الشفتين أو اللثة أو اللسان أو اللوزتين أو الأنف، **وكذلك على الخدين والصدر أو الأطراف، وقد يظهر المرض بشكل قروح عديدة ثم ينتشر في جميع أنحاء الجسم عن طريق الدم أو الأوعية الليمفاوية، وقد يحدث ذلك دون أن تظهر قرحة خارجية.**

مراحل تطور المرض:

إذا أهمل علاج المرض في وقت مبكر من الإصابة به فإنه يتطور إلى حالات شديدة من الإصابة، ويمر بمراحل عديدة تختلف فيها مدة حضانة المرض باختلاف تطوره وهذه المراحل هي:

١- **السفلس الأولي (Primary Syphilis): تمتد فترة الحضانة لهذه المرحلة إلى ثلاثة أسابيع وتصل هذه الفترة أحياناً إلى ستة أشهر.**

٢- **السفلس الثانوي (Secondary Syphilis): تبدأ هذه المرحلة بعد شهرين من حصول العدوى.**

٣- **السفلس المستتر أو الثالثي (Tetiary Syphilis): لا تظهر أي علامة من العلامات المرضية في هذه المرحلة.**

٤- **السفلس المتأخر أو الرابعي** (Quaternary Syphilis)**: تبدأ هذه المرحلة بعد مرور خمس أو عشر سنوات من بدء المرض.**

المرحلة الأولى:

تدخل البكتيريا المسببة لهذا المرض إلى داخل الجسم من خلال الجروح البسيطة في اليوم الأول من الاتصال الجنسي الممرض، **وتنتشر في دم المصاب بشكل غير خطير منذ اليوم الثاني، وتظهر بعد ذلك القرحة التي تكون مفردة وصلبة وغير مؤلمة، ذات لون بني مائل إلى الاحمرار ويستطيع الطبيب تشخيصها بسهولة إذا لم يكن قد مضى أكثر من واحد وعشرين يوماً من تاريخ الإصابة.**

وبعد مرور أسبوع إلى ثلاثة أسابيع من ظهور هذه القرحة يظهر التهاب موضعي قرب موضع الإصابة يكون على شكل تورم في العقد الليمفاوية ويكون هذا الالتهاب غير مؤلم وهذا ما يجعل المصاب يتجاهل إصابته، **وبعد مرور أسبوع أو اثنين تنتشر البكتيريا مسببة تضخم في جميع العقد الليمفاوية في الجسم ويكون هذا التضخم مصحوباً بارتفاع في درجة حرارة الجسم والشعور بالتعب والإرهاق والشعور بالألم في جميع أنحاء الجسم.**

ونتيجة لدخول بكتيريا السفلس إلى الجسم فإنه ينتج الأجسام المضادة (Antibodies)، ولا يتم إنتاج هذه الأجسام إلا بعد مرور خمسة إلى ثمانية أسابيع تقريباً من تاريخ الإصابة.

التشخيص:

يتم تشخيص مرض السفلس في هذه المرحلة من خلال:

١- إجراء الفحوصات المختبرية للدم: يعتبر وجود الأجسام المضادة لبكتيريا السفلس في الدم الدليل القطعي على الإصابة بمرض السفلس، وإذا تم التشخيص في هذه المرحلة فإن ذلك يساعد في البدء بالعلاج في وقت مبكر لكي لا يتطور المرض إلى المرحلة الثانية.

المرحلة الثانية:

إذا أهمل علاج المرض في المرحلة الأولى فإنه يتطور المرض إلى هذه المرحلة وذلك بعد مرور شهرين من تاريخ الإصابة، ويكون المرض في هذه المرحلة شديد العدوى، حيث يظهر طفح على الجلد والأغشية المخاطية يعرف بالطفح السفلسي الوردي

(Syphilitic Roseola) ويختفي هذا الطفح بشكل مؤقت ثم يعود للظهور مرة أخرى وهو لا يسبب الحكة، أما في المرأة فتظهر بقع على الأغشية المخاطية في باطن الفم والأعضاء التناسلية والشرج تدعى باللقوم المسطح (Condyloma) وتكون هذه البقع شديدة العدوى إذ أنها تحتوي على أعداد ضخمة من بكتيريا المثقبية (Trypanosoma).

وتكون أعراض هذه المرحلة:

١- صداع.

٢- ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٣- الشعور بألم في الكليتين والعضلات.

٤- التهاب العينين.

٥- تساقط الشعر.

٦- تضخم في الغدد الليمفاوية.

٧- تظهر على المريض أعراض شبيهة بأعراض التهاب السحايا الدماغية (Meningitis).

المرحلة الثالثة:

يكون المرض في هذه المرحلة قد انتشر في جميع أنحاء الجسم وخاصة الجلد والعظام والكبد والحنجرة والخصية، ويحدث لهذه الأعضاء تغييرات في أنسجتها (تغييرات نسيجية) بسبب الأورام الصمغية (Gummas) وتشبه هذه التغييرات النخر الموضعي (Necrosis) المتفاقم، وفي معظم الأحيان يؤدي هذا التغيير إلى تحول الأنسجة الحية إلى كتلة متعجنة محببة شبيهة بالجبن كما يحدث في مرض التدرن.

وتكون نتائج الفحوصات المختبرية البيولوجية في هذه المرحلة إيجابية، حيث يصاب اللسان والأغشية المخاطية والرئتان والجهاز الهضمي والأوعية الدموية والكبد والعضلات والمفاصل والكلى والطحال، كما تصاب أغشية العظام بالالتهاب، وتؤدي هذه الإصابات إلى حدوث نوبات من الألم التي تزداد حدتها في الليل، وقد يصاب أي عظم في الجسم بالورم الصمغي، فإذا ما أصيب عظم الفك الأعلى مثلاً بالورم الصمغي فإن الطعام سيتسرب إلى حجرة الأنف ويضطرب الكلام.

أما إذا أصيب الجهاز العصبي بالسفلس فإن ذلك يشكل أقصى درجات العذاب للمريض، ويعاني المريض تبعاً لمكان الإصابة من:

- **صداع شديد دائم.**
- **تعب شديد.**
- **نعاس.**
- **ضعف التفكير.**
- **الشعور بالدوار.**
- **تقيؤ.**
- **يفقد المريض أحياناً الإحساس بالألم والحرارة.**
- **يصاب بشلل نصفي.**

وتزداد حالة المريض سوءا مع مرور الأيام وقد يستمر على هذه الحالة لفترة طويلة قد تصل إلى عشر سنوات.

المرحلة الرابعة:

وهي نهاية مراحل مرض السفلس وتتميز بالتدهور العام التدريجي للمريض بعد إصابة النخاع الشوكي بالسفلس، فيعجز عندئذ عن التفكير وتضعف ذاكرته، كما يصاب باضطراب الشعور إذ تنتابه نوبات فرح أو كآبة بدون سبب ويعاني المريض أيضاً من اضطراب النطق وتنتابه نوبات من الصرع، ويصاب جسده بتقرحات في الأماكن الملامسة للمقعد أو الفراش (Bedulcer)، كما يفقد المريض توازنه وتنعدم لديه الانعكاسات الفيزيولوجية، وتصاب ميكانيكية التبول والتغوط بالاضطراب.

العلاج:

يختلف علاج مرض السفلس باختلاف المراحل التي يمر بها المرض، فالمرحلة الأولى والثانية والمستترة لمرض السفلس تعالج باستعمال البنسلين (Penicillin)، **ويعطى هذا الدواء على شكل جرعات بواسطة الحقن العضلية لمدة أسبوعين حتى تستكمل تسعة ملايين وحدة، أو إثني عشر مليون وحدة من البنسلين، وأحياناً يتطلب العلاج** ٢٥ مليون **وحدة من البنسلين حسب ما يراه الطبيب مناسباً لحالة المريض.**

أما بالنسبة للمرحلة المتأخرة من المرض، فإن علاج المرض يكون معقداً ولكنه يتطلب أيضاً استعمال المضادات الحيوية (Antibiotics).

تأثير مرض السفلس على الحامل والجنين:

ينتقل مرض السفلس من الأم الحامل إلى جنينها عن طريق المشيمة (Placenta) أو عند مرور الطفل من خلال حوض الأم المصابة أثناء الولادة، **وإذا لم تعالج الأم الحامل المصابة بمرض السفلس بصورة مبكرة فإن ذلك يؤدي إلى الإجهاض في منتصف مدة الحمل، أو قد يؤدي إلى موت الجنين داخل رحم الأم أو إلى الولادة المبكرة.**

وتعتمد شدة إصابة الجنين بمرض السفلس على الوقت الذي أصيبت فيه الأم الحامل بالمرض، **فإذا كانت إصابتها قبل سنة أو سنتين من الحمل فإن نتائج المرض تكون وخيمة على الجنين، وتؤدي الإصابة بالمرض خلال الأشهر الأولى من الحمل إلى تشوه الجنين، أما إذا أصيبت الأم الحامل في النصف الثاني من الحمل، فقد ينجو جنينها ويفضل الأطباء إجراء عملية قيصرية** (Cesarean Section) **للأم الحامل من أجل إنقاذ الجنين من أصابته بالعدوى أثناء انزلاقه في مجرى الحوض أثناء الولادة.**

الوقاية:

الوقاية هي دائماً خير من العلاج، لأنها تقي من هول وبشاعة أعراض هذا المرض.

ويجب على المصاب بالسفلس أن يسرع بالمعالجة عند ظهور أولى أعراض هذا المرض، **إذ إن سرعة البدء بالعلاج تزيد من نسبة الشفاء، ولا يجوز للمصاب أن يقدم على الزواج إلا بعد مرور سنين على شفائه، ويتأكد الطبيب من ذلك عن طريق إجراء الفحوصات المختبرية البيولوجية التي يجب أن تكون نتائجها سلبية في كل مرة.**

كما يجب على المريض أن يتجنب نشر العدوى من خلال محاولته حصر الإصابة قدر الإمكان ويتم ذلك عن طريق تجنبه استعمال أدوات غيره والمحافظة على النظافة الشخصية التامة، وعدم القيام بأي ممارسات جنسية حتى ولو كانت سطحية.

ولكي يحقق العلاج هدفه في الوصول إلى الشفاء التام يجب أن يعالج المصاب وزوج المصاب في نفس الوقت، وإجراء الفحوصات المختبرية لجميع أفراد العائلة للتأكد من سلامتهم من الإصابة بالسفلس ويجب أن يبقى الزوجين تحت المراقبة الطبية لعدة سنوات.

سقوط الشرج Analptosis:

هو عبارة عن انقلاب جدار القناة الشرجية إلى الخارج والجزء الذي يظهر إلى الخارج قد يكون مكوناً من الغشاء المخاطي المبطن لقناة الشرج وهذا يسمى (سقوط جزئي) وقد يكون مكوناً من فوق سمك الجدار المكون لقناة الشرج ويسمى سقوط الشرج الكامل.

المسببات:

١- وجود عيوب خلقية: مثل عيوب عظام الحوض أو ضعف في بعض الأربطة والعضلات التي تثبت الشرج والمستقيم في مكانهما، وهذه العيوب الخلقية تجعل المريض معرضاً للإصابة بسقوط الشرج فإذا أصيب المريض بالإسهال والديزانتري ظهرت حالة سقوط الشرج.

٢- في حالات البواسير: عند تركها مهملة لفترة طويلة قد تسبب الإصابة بسقوط الشرج.

٣- في حالة الأطفال: كثيراً ما يتعرض الأطفال للسقوط الشرجي حيث يكونون غير قادرين على التحكم في عملية الإخراج فيطيل فترة جلوسه عدة مرات في اليوم مما يؤدي إلى ظهور حالة سقوط الشرج.

٤- الإصابة بالأمراض الطفيلية مثل الديزانتري والجيارديا والديدان وأمراض الإسهال المختلفة.

أعراض المرض:

١- ظهور ورم أحمر اللون خارج الشرج أثناء عملية الإخراج.

٢- حدوث نزف في بعض الحالات.

٣- حدوث تقرحات والتهابات في هذه المنطقة.

٤- قد يؤدي السقوط الشرجي إلى حالة اختناق السقوط مما يسبب عنه الغنغرينا في قناة الشرج والمستقيم مما يستدعي تداخل جراحي عاجل.

العلاج:

يتم العلاج عن طريق حقن مادة صوديوم مروات في جدار الشرج، والمستقيم أو حولها حيث تكوّن هذه المادة التصاقات سريعة بين جدار الشرج والمستقيم والأنسجة المحيطة بهما فيثبت كل منهم في مكانه وتفوق نتائج هذه الطريقة نتائج العمليات الجراحية.

سكتة دماغية (جلطة المخ) Stroke:

هي عدم وصول الدم بشكل مفاجئ إلى المخ، **وهي حالة طبية طارئة قد ينتج عنها شلل.**

المسببات:

تحدث السكتة الدماغية بسبب توقف الدورة الدموية في الدماغ، ويحدث هذا التوقف أما لحدوث خثرة دماغية أو انسداد دماغي، **ويحدث هذا عند حدوث جلطة دموية في أحد الشرايين الرئيسية التي تنقل الدم إلى المخ، أو نتيجة إصابة الإنسان بمرض السكري، أو ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم الذي ينتج عنه تصلب الشرايين، ومن الأسباب الرئيسية الأخرى لهذا المرض هو النزف الدماغي، ويحدث نتيجة انفجار شريان دموي في المخ.**

العلاج:

يعتمد العلاج على منع المضاعفات، وتبعاً للعجز الذي يصيب المريض، وإعادة التأهيل بعد الإصابة، ويتوقف نجاح إعادة التأهيل على مدى قدرة المريض على التعاون مع أطبائه، ويتلقى مرضى السكتة الدماغية علاج أساسي من ثلاثة أنواع من الأطباء:

١- أخصائي العلاج الطبيعي: حيث يساعد المريض المصاب بالشلل على تحريك أطرافه المصابة لمنع تصلب العضلات وذلك بالتمارين الرياضية والحرارة والتدليك.

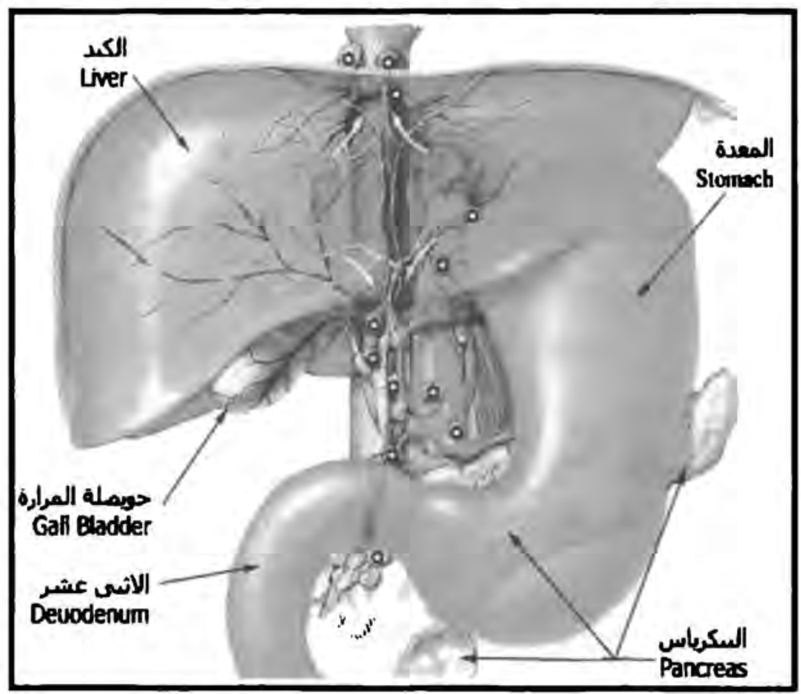
٢- أخصائي علاج عيوب النطق: حيث يساعد المرضى الذين فقدوا النطق بسبب السكتة الدماغية.

٣- أخصائي العلاج المهني : حيث يساعد المريض على التنسيق بين حركات اليد والعين للقيام بمهام أساسية مثل الكتابة وإعداد الطعام.

سكري Diabetis Mellitus:

وهو من الأمراض الشائعة حيث يقدر المصابون به بـــ ١٢٠ مليون شخص، **وهو مرض إستقلابي (أيضي) مزمن** (Metabolic Disease) **أو هو اضطراب**

وظيفي يحدث نتيجة لنقص كامل أو جزئي في كمية الأنسولين (Insulin) اللازمة التي يفرزها البنكرياس في الدم، ويتميز بزيادة مستوى السكر في الدم Hyperglycemia وتفرزها الكلى في البول، أو بسبب خلل في تأثير الأنسولين على الأنسجة ينتج عنه مضاعفات مزمنة في أعضاء مختلفة من الجسم.



الأنواع:

١- مرض السكري النوع الأول Type ١ Diabetes Mellitus ويتميز بوجود تحطيم لخلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز الأنسولين (فقدان الأنسولين تماماً في الدم) بواسطة أضداد ذاتية Auto-Antibodies في دم المصاب، ويحتاج الشخص منذ البداية للأنسولين لكي يعيش وهو معرض للإصابة بحماض الدم KetoAcidosis.

٢- مرض السكري النوع الثاني Type ٢ Diabetes Mellitus يتميز بوجود مقاومة للأنسولين من قبل الأنسجة حيث لا تستجيب له.

العوامل المساعدة على ظهور هذا النوع:

- السمنة في ٨٥% من الحالات.

- **تاريخ عائلي للإصابة بمرض السكري في أقارب من الدرجة الأولى في ٧٤-١٠٠% من الحالات.**
- **الإناث أكثر من الذكور.**
- **سن البلوغ.**

٣- **السكري أثناء الحمل** Gestational Diabetes Mellitus.

٤- **فشل تحمل الكلوكوز** (السكر) Impaired Glucose Tolerance.

أنواع أخرى من مرض السكري (ثانوية):

١- وراثي: **نتيجة خلل في الصبغة الوراثية يؤدي إلى نقص في تكوين و إفراز الأنسولين.**

٢- **أي مرض يحطم البنكرياس.**

٣- **أمراض الغدد الصماء مثل متلازمة كوشنك** Cushing's Syndrome، **فرط إفراز الغدة الدرقية** Hyperthyroidism **وضخامة النهايات** (الأطراف) Acromegaly.

٤- **نتيجة أخذ العقاقير مثل هرمون الغدة الدرقية** Thyroid Hormone **وحامض النيكوتينيك** Nicotinic Acid **والكورتيزونات** Steroids.

٥- **نتيجة للالتهابات الفايروسية التي تؤثر على البنكرياس مثل التهاب فايروس سايتوميغالو** Cytomegalo Virus **والحصبة الخلقية** Congenital Rubella (أي طفل ولد مصاباً بالحصبة من الأم أثناء الحمل).

المسببات:

١- **عامل الوراثة.**

٢- **اضطرابات الغدة الدرقية** (زيادة نشاط الغدة الدرقية).

٣- **اضطرابات الغدة النخامية** (زيادة نشاط الغدة النخامية).

٤- **الإصابة بالتهاب البنكرياس.**

٥- **أورام البنكرياس.**

٦- **استئصال البنكرياس الجراحي.**

٧- **في بعض حالات الحمل.**

أعراض المرض:

١- العطش الشديد وكثرة شرب الماء (Polydypsia).

٢- كثرة التبول (Polyuria) .

٣- جفاف الفم واللسان.

٤- نقص الوزن (Weight Loss).

٥- الإحساس بالضعف العام والتعب السريع.

٦- تنمل الأطراف والإحساس بالوخز بها.

٧- التعرض للالتهابات والدمامل وبطء التئام الجروح.

٨- قابلية حدوث الغنغرينا (Gangrene).

٩- فقدان الشهية.

١٠- تشويش في النظر (Blurred Vision).

١١- ظهور رائحة الأسيتون في فم المريض أثناء عملية الزفير.

١٢- الحكة الشديدة في الأماكن الحساسة (في منطقة الأعضاء التناسلية).

التشخيص:

يتم تشخيص مرض لسكري (عموماً) بوجود إحدى المؤشرات التالية في يومين مختلفين:

- وجود أعراض مرض السكر مثل (فرط العطش وشرب الماء والتبول) مع مستوى السكر في الدم في أي وقت (Random Blood Sugar) أكثر من أو يعادل ٢٠٠ ملغم/١٠٠ مليلتر دم أو ١١،١ مليمول/لتر دم.
- مستوى السكر في الدم صائماً (٨ ساعات على الأقل بدون طعام) أعلى من أو يعادل ١٢٦ ملغم/١٠٠ مليلتر دم أو ٧ مليمول في لتر دم.
- مستوى السكر في الدم بعد ساعتين من فحص اختبار تحمل الكلوكوز (Glucose Tolerance Test) أكثر من أو يعادل ٢٠٠ ملغم/١٠٠ مليلتر دم أو ١١،١ مليمول/ لتر دم.

ويعتبر الشخص مصاباً بالنوع االأول (Type١) من مرض السكري إذا:

- لا يوجد لديه أنسولين، أي إختفاء كامل للأنسولين من الجسم.

- يحتاج للأنسولين للعيش إبتداءً.
- يوجد لديه تحطيم ذاتي (أضداد ذاتية في الدم) لخلايا بيتا في البنكرياس، وهذه الأضداد الذاتية إما أن تكون ضد جزر لانكرهانس في البنكرياس وغير خاصة بجزء معين منها Antigen-Unspecific Islet Cell Antibodies (ICAs)، أو تكون خاصة ومحددة بجزء معين من خلايا بيتا مثل أضداد حامض الغلوماتيك ديكاربوكسيليز ٦٥ Antigen-Specific Glutamic Acid Decarboxylase ٦٥ Antibodies (GADA).
- تحليل سلسلة سي (C Peptide) تكون غير موجودة في الدم.

ويعتبر الشخص مصاباً بالنوع الثاني (Type٢) من مرض السكري إذا:

- كانت لديه مقاومة للأنسولين (Insulin Resistance) ونقص نسبي في الأنسولين وليس اختفاءً كاملاً للأنسولين من الجسم.
- لا يحتاج للأنسولين للعيش على الأقل ابتداءً.
- لا يوجد لديه تحطيم ذاتي (أضداد ذاتية في الدم) لخلايا بيتا في البنكرياس أو سبب آخر للمرض مثل (أدوية مسببة للسكري مثل الكورتيزونات- خلل وراثي في جزيء الأنسولين-أمراض البنكرياس).

والأشخاص الذين يجب فحصهم دورياً لتقصي مرض السكري لديهم وإن كانوا لا يشتكون من أعراض هم:

١- الأشخاص فوق سن ٤٥ سنة وإذا كان التحليل طبيعياً يعاد كل ٣ سنوات.

٢- الأشخاص الأصغر سناً المصابون بالسمنة.

٣- الأشخاص الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون بمرض السكري.

٤- النساء اللواتي ولدن أطفالاً بوزن أكثر من ٤ كيلوغرامات.

٥- الأشخاص المصابون بارتفاع ضغط الدم وارتفاع الدهون في الدم .

ويستخدم فحص السكر صائماً في التقصي (للتشخيص المبدئي) وكذلك في متابعة المريض (FBG Fasting Blood Glucose).

تحاليل يجب عملها عند التشخيص (أول زيارة للطبيب):

بعد الفحص السريري والذي يشمل البحث عن أي مضاعفات للسكري موجودة عند التشخيص، وقياس ضغط الدم والنبض والوزن والطول وفحص الغدة الدرقية أسفل الرقبة وفحص القدمين ومستوى النمو عند الأطفال ، يُنصح بعمل الآتي:

- فحص مستوى السكر في الدم صائماً FBG.
- فحص الهيموغلوبين السكري HBA ١C Haemoglobin Glycosylated، وهو هيموغلوبين متحد مع السكر وموجود في كريات الدم الحمراء، ولأن حياة الكرية الحمراء يصل إلى ١٢٠ يوم، فإن قياس الهيموغلوبين السكري يعطي فكرة عن مدى فاعلية العلاج والسيطرة على السكر في الدم في الثلاثة شهور الماضية.
- قياس مستوى الدهون Triglycerides، والكوليسترول Cholesterol في الدم.
- فحص وظائف الكلى، ومستوى الكرياتينين Creatinine.
- تحليل البول مع الزراعة عند وجود دلائل على وجود التهاب.
- تحليل بول للبحث عن الألبومين المجهري Urine Microalbumin، وهو بروتين صغير الحجم لا يظهر في تحليل البول العادي، ويدل وجوده على وجود اعتلال الكلى السكري (بدايته).
- رسم (تخطيط) للقلب ECG وخاصة لكبار السن أو وجود أعراض مرض للقلب.
- قياس مستوى الهرمون المُحفز للغدة الدرقية Thyroid Stimulating Hormone (TSH) للسكري النوع الأول.
- فحص قاع العين Fundoscopy .

وفي كل زيارة للطبيب، يقاس مستوى السكر في الدم والوزن وضغط الدم وتقصي أي أعراض يشتكي منها المريض وضبط جرع الدواء حسب الحالة ومناقشة أي تساؤلات عند المريض والتغذية.

تحاليل يجب عملها دورياً (كل ٦ شهور أو أكثر أو أقل حسب الحالة):

- الهيموغلوبين السكري HBA ١C Haemoglobin Glycosylated.
- مستوى الدهون Triglycerides، والكوليسترول Cholesterol في الدم.

- وظائف الكلى، ومستوى الكرياتينين Creatinine.
- زراعة للبول.
- تحليل بول للبحث عن الألبومين المجهري Urine Microalbumin.
- رسم (تخطيط) للقلب ECG و خاصة لكبار السن أو وجود أعراض مرض للقلب.
- وظائف الغدة الدرقية Thyroid Function test (TFT).
- فحص قاع العين Fundoscopy.
- فحص القدمين Foot Examination ومنها فحص الدورة الدموية والأعصاب الطرفية.

العلاج:

عند تشخيص المرض يجب تثقيف المريض وإعطائه فكرة عن المرض وطبيعته من قبل الطبيب، بأنه مرض مزمن ويحتاج إلى العلاج والعناية مدى الحياة ولا يوجد حالياً شفاء تام منه.

ويعالج مرض السكري باستخدام:

١- الأنسولين ويكون بشكل حقن تحت الجلد وهو على نوعين:

أ- الأنسولين المائي: ويكون سريع المفعول ويختفي مفعوله بعد ٦-٨ ساعات.

ب- الأنسولين برونامين زنك: ويكون بطيء المفعول حيث يبدأ عمله بشكل بطيء وخفيف بعد ٣-٤ ساعات ويصل إلى أعلى مفعول له بعد ١٨ ساعة ويختفي مفعوله بعد يوم أو يومين.

وعند خلط الأنسولين بواسطة المريض، يجب سحب الأنسولين السريع المفعول أو القصير المفعول (الصافي) أولاً في الحقنة ثم بعدها سحب الأنسولين المتوسط أو الطويل المفعول (العكر)، وذلك حتى لا يسبب الأنسولين العكر ترسبات في الصافي.

٢- الحبوب المضادة للسكري (مخفضات السكر) **Hypoglycemics Oral**:

هناك أدوية عديدة على شكل حبوب تستعمل لعلاج مرض السكري وهي ليست بديلة للنظام الغذائي ولكنها تستعمل معه، وتستعمل لعلاج مرض السكري من النوع الثاني، ويمكن استعمالها مع الأنسولين للتوصل إلى سيطرة أفضل على مستوى السكر

في الدم، وهي أنواع تختلف بطريقة عملها في الجسم، وكما يلي:

المجموعة Group	طريقة العمل	الإسم العلمي	الإسم التجاري
السلفانايل يورياز Sulphonylureas	تزيد من إفراز البنكرياس للأنسولين	غليبن كلامايد Glibenclamide توليبوتامايد Tolbutamide تولازامايد Tolazamide غليكلازايد Gliclazide غليبازايد Glipizide غليميبارايد Glimepiride	داأونيل Daonil راستينون Rastinon تولينيز Tolinase دايامايكرون Diamicron ميني داياب Minidiab أماريل Amaryl
باي غوانايدز Biguanides	تقلل من تصنيع الكبد للكلوكوز	ماتفورمن Metformin	غلوكوفاج Glucophage
مثبطات ألفا كلوكوسيديز Alpha Glucosidase Inhibitors	تقلل من امتصاص السكر من الأمعاء	أكاربوز Acarbose	كلوكوبي Glucobay
ثايزوليدينديونز Thiazolidinediones	تزيد من استعمال الأنسجة للكلوكوز	روزيغليتازون Rosiglitazone	أفانديا Avandia
ميغليتينايدز Meglitinides	تزيد من إفراز البنكرياس للأنسولين	ريباغلينايد Repaglinide	نوفونورم Novonorm

٣- عدم استعمال سكر النبات واستعمال بديلات السكر مثل السكرين.

٤- الالتزام بالحمية الغذائية التي يصفها الطبيب المعالج لأن الحمية تحافظ على معدل نسبة السكر في الدم بشكل ثابت تقريباً.

٥- الامتناع منعاً باتاً عن تناول الكحول والمشروبات الغازية والدبس وعسل النحل، لأن الكمية القليلة من هذه المواد تسبب ارتفاعاً كبيراً في نسبة السكر في الدم، بالإضافة إلى تأثير الكحول السيئ على البنكرياس.

المضاعفات:

- اعتلال شبكية العين السكري Diabetic Retinopathy: حدوث كثافة في عدسة العين (الماء الأبيض) (Cataract).
- اعتلال الكلى السكري Nephropathy Diabetic: التهاب كلوي وقصور في وظائف الكلية.

- اعتلال الأعصاب الطرفية Neuropathy Peripheral.
- اعتلال الجهاز العصبي المستقل Neuropathy Autonomic.
- تصلب الشرايين وأمراض القلب Cardiovascular Atherosclerotic Disease، وقابلية الجسم للإصابة بالذبحة الصدرية وتصلب الأوعية الدموية في شبكية العين والقلب والكلى والأطراف السفلى.
- اعتلال الدورة الدموية الطرفية vascular disease Peripheral.
- اعتلال الدورة الدموية الدماغية Cerebrovascular Disease.
- ارتفاع ضغط الدم Hypertension.
- ارتفاع الدهون والكوليسترول في الدم Dyslipidemias.
- زيادة في حموضة الدم ينتج عنها ضعف شديد وخمول عام.
- العنة عند الرجال Impotence.
- التأثير النفسي والاجتماعي السلبي لمرض السكري على المصاب بهPsychosocial Dysfunction.
- التعرض لغيبوبة السكري.
- انتشار الدمامل وحدوث إصابات في الجلد وخاصة في القدمين كما يحدث تأخر في التئام الجروح.

الببتايد شبيه الكلوكاكون- ١ Glucagon-Like-Peptide-١:

(الببتايد عبارة عن جزيء يتكون من سلسلة من الأحماض الأمينية)، وهو عبارة عن هرمون معوي يُفرز من خلايا (ل) المعوية (في الأمعاء) Intestinal L Cells بعد تناول طعام يحتوي على النشويات والدهون.

ويعمل هذا الببتايد على مستقبل فردي Single Receptor موجود على سطح خلايا جزر البنكرياس Islets Pancreatic والمعدة والرئتين والأنسجة العصبية، ويحفز الببتايد شبيه الكلوكاكون-١ خلايا بيتا في جزر البنكرياس لتفرز الأنسولين، وهو ضروري للسيطرة على مستوى السكر في الدم بعد الأكل ضمن حدوده الطبيعية، وكذلك يثبط هذا الببتايد إفراز هرمون الكلوكاكون Glucagon من خلايا ألفا في جزر

البنكرياس والذي يعمل على رفع مستوى السكر في الدم، بالإضافة إلى أن هذا الببتايد يؤخر إفراغ المعدة للطعام في الأمعاء مما يؤخر من امتصاص السكر من الطعام وبالتالي عدم ارتفاع مستوى السكر في الدم عالياً بعد الأكل مباشرة.

ولهذه الأسباب ولأهمية عمل هذا الببتايد في السيطرة على السكر وتنظيم مستواه في الدم، تجري الأبحاث حالياً عليه وعلى المواد التي تحفز مستقبل الببتايد لإنتاج أدوية لمرضى السكر النوع الثاني ٢ Diabetes Type.

مرض السكر في الأطفال:

يصيب مرض السكر الأطفال صغار السن ومن هم دون الخامسة عشر من العمر.

أعراض المرض:

يبدأ مرض السكر في الأطفال بشكل حاد حيث تظهر أعراضه بشكل مفاجئ وسريع وشديد وأهم هذه الأعراض هي:

١- الشعور بالعطش الشديد ويحدث بشكل مفاجئ وشرب الماء بكثرة.

٢- كثرة التبول.

٣- نقص في الوزن.

٤- ضعف عام.

٥- حدوث تقلصات متكررة في عضلات الساقين.

٦- نقص وتخلف النمو عند الأطفال Stunted Growth.

وتكون هذه الأعراض في البداية شديدة ويصاحبها دائماً نقص في كمية الأوكسجين في الدم بعكس مرض السكر في الكبار، الذي تكون بدايته خفية لا يكاد يشعر بها المريض، بالإضافة إلى إن نسبة الأنسولين في الدم في مرض السكر في الكبار تكون طبيعية إلى حد ما.

العلاج:

١- يتم علاج مرض السكر لدى الأطفال بإعطائهم جرعات من الأنسولين.

٢- تنظيم غذاء الطفل قدر الإمكان مع مراعاة النوعية والكمية اللازمة لنموه.

٣- مراقبة كمية الأنسولين من خلال تحليل الإدرار ثلاث مرات يومياً على الأقل لكي يتم ضبط كمية الأنسولين من خلال كمية ونوعية الطعام الذي يتناوله الطفل.

٤- تقليل ممارسة الطفل للتمارين الرياضية العنيفة لأنها تسبب له نقصاً حاداً في نسبة السكر في الدم.

وتتميز أعراض نقص السكر في الدم بما يلي:

- اصفرار الوجه.
- تسارع نبضات القلب.
- التعرق الغزير.
- الرُعاش (رجفة في الجسم) وارتعاش اليدين.
- ألم في الصدر.
- الإحساس بالجوع الشديد.
- الصداع والشعور بالدوخة والدوار.
- عدم وضوح الرؤية (غشاوة على العين).
- الوهن والضعف العام.
- الشعور بالتوتر والقلق.
- الذهول وقلة الاستيعاب والتركيز.
- الاختلاج (نوبة صرع).
- وقد يدخل المريض في حالة تشبه حالة التوهان أو السُكر أو قد يدخل في غيبوبة تامة.

العلاج:

١- يتم علاج انخفاض السكر بإعطاء المصاب سكر فوري بأي طريق سواء بالفم أو بواسطة إعطاء محلول السكر عن طريق الحقن الوريدي.

٢- يمكن إضافة وجبة خفيفة بين الفطور والغداء وإعطاءه كوباً من الحليب أو اللبن قبل النوم لكي يتم ضبط مقدار الأنسولين.

٣- يجب أن يكون طعام الطفل حاوياً على كمية معقولة من البروتينات الضرورية لنموه إضافة إلى الفيتامينات الضرورية.

٤- يجب المحافظة على الطفل من الإصابة بالجروح أو الخدوش وخاصة القدمين حيث يجب مراقبتها دائماً.

فعليه يجب على مريض السكري بصورة عامة أن يحمل معه عصيراً مُحلى أو قطعة حلوى للطوارئ، وتقسيم الوجبات إلى وجبات متعددة وصغيرة خلال اليوم، والالتزام بالعلاج وعدم زيادة جرع الدواء بنفسه أو أخذ العلاج وعدم الأكل.

سلس البول Anischuria:

تكثر الإصابة به لدى النساء وخاصة اللواتي أنجبن عدة أطفال، ويحدث نتيجة لحدوث ارتخاء وضعف في العضلات العاصرة.

أعراض المرض:

يلاحظ خروج البول عند القيام بأي جهد مثل السعال والضحك والعطاس، وقد يحدث حتى عند الانفعال البسيط.

العلاج:

ينصح المصاب بالقيام ببعض التمارين الخاصة بتقوية العضلات العاصرة المرتخية، من خلال شدها وارخائها، ويكرر هذا التمرين عدة مرات في اليوم، وإذا لم ينفع ذلك فإن العلاج يتم عن طريق التداخل الجراحي.

سوء الامتصاص المعوي Intestinal Malabsorption:

هو عرض يظهر كنتيجة لحدوث مجموعة من أمراض الأمعاء التي تؤدي إلى امتصاص بعض الأغذية في الأمعاء الدقيقة دون البعض الآخر.

أعراض المرض:

يرافق سوء الامتصاص المعوي ظهور أعراض عامة منها:

١- الآم وانتفاخ البطن.

٢- إسهال دهني القوام (بسبب سوء امتصاص الدهون).

٣- فقر الدم.

٤- نقص الوزن.

٥- نحول وضعف عام.

٦- ظهور أعراض سوء التغذية نتيجة النقص الشديد في الفيتامينات وخاصة فيتامين A و D بالإضافة إلى نقص الكالسيوم.

٧- الشعور بالتوتر والاضطرابات العصبية.

المسببات:

١- الإصابة بأمراض في الأمعاء الدقيقة مثل:

- تحسس الأمعاء لمادة الجلوتين وهي مادة بروتينية توجد في بعض أنواع الدقيق خاصة دقيق القمح والشعير والشوفان، وهذه المادة تعرقل عملية امتصاص المواد الغذائية ولا توجد أسباب مرضية للتحسس لمادة الجلوتين ومن علامات هذا التحسس فقدان الشهية للطعام والإسهال. ويتم علاج هذا السبب بمنع المريض من تناول خبز القمح واستخدام خبز الذرة أو الرز بديلاً عن القمح.
- وجود تضخم في الأوعية الليمفاوية الخاصة بامتصاص المواد الدهنية وفي هذه الحالة لا تمتص هذه المواد وتخرج مع الفضلات حاملة معها الفيتامينات الدهنية والأملاح وأملاح الكالسيوم والمواد الأخرى التي تسبب النقص الشديد في الجسم. أما إذا كان نتيجة لتضخم الأوعية الليمفاوية والدموية فإن العلاج يعتمد على تقليل المواد الدهنية والاستعاضة عنها بالبروتينات.
- أمراض تصيب جدار الأمعاء الدقيقة لها دور كبير أيضاً وخاصة في حالات الالتهابات والأورام وغيرها.

٢- الإصابة بأمراض في البنكرياس أو الكبد أو المرارة:

تسبب إصابة البنكرياس بمرض ما نقصاً في إفراز العصارات البنكرياسية الهاضمة، وكذلك العصارة الصفراء حيث تساعد على هضم وامتصاص المواد الدهنية الموجودة في الغذاء، فإذا نقصت هذه المادة نتيجة لوجود حصاة في المرارة أو انسداد في القناة الكبدية أو ورم في إحداهما نتج عن ذلك عدم امتصاص المواد الدهنية.

ويكون علاج هذه الحالة جراحياً حيث يتم إزالة هذه الحصاة لفتح الطريق أمام عصارة الصفراء للوصول إلى الإثني عشر بسهولة.

٣- في حالات ما بعد العمليات الجراحية الخاصة بقرحة المعدة والإثني عشر:

يؤدي ذلك إلى سرعة إخراج الطعام المهضوم في الأمعاء إلى القولون بسرعة أكبر فلا يستفيد منها الجسم.

وأحياناً تحدث بعد تلك العمليات جيوب في الأمعاء الدقيقة مما يترتب عليه تكاثر البكتيريا التي تستخدم فيتامين $B_{١٢}$ لنموها، وبذلك لا يستفيد الجسم من ذلك الفيتامين ويتسبب عنه الإصابة بفقر الدم الخبيث.

ويعتمد علاج هذه الحالة على إعطاء المريض فيتامين $B_{١٢}$ بشكل جرعات بحيث يستعيض الجسم عن النسبة المفقودة، نتيجة لنشاط البكتيريا في هذه الجيوب.

٤- الإصابة بأنواع معينة من الطفيليات المعوية:

وخاصة وحيدة الخلايا مثل الجيارديا التي تصيب الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة فهي تعيش في الجزء الخاص بالامتصاص من الأمعاء مما تؤدي إلى سوء امتصاص المواد الغذائية الذي يظهر بشكل ألم في أعلى البطن وإسهال وتشبه أعراضه أعراض قرحة الإثني عشر إلى حدٍ ما.

ويتم علاج هذا السبب بإعطاء المريض الأدوية المضادة لهذه الطفيليات.

التشخيص:

يتم تشخيص هذه الحالة من خلال العلامات والأعراض السابقة الذكر، ومن خلال الفحص السريري للمريض وإجراء الفحوصات المختبرية والشعاعية التي يتم من خلالها تحديد أمراض الأمعاء التي تسببت في ظهور هذا العرض.

العلاج:

يعتمد علاج سوء الامتصاص المعوي على نوع الأمراض المعوية التي نتج عنها هذا العرض، ويتضمن العلاج بالإضافة إلى ذلك تعويض المريض عن الفيتامينات والكالسيوم والأملاح المفقودة ومعالجة فقر الدم.

سيلان Gonorrhea:

هو أحد الأمراض المعدية التي تصيب الجهاز التناسلي والمجاري البولية عند الجنسين، وهو من الأمراض التي تنتقل حصراً عن طريق الاتصال الجنسي أو الحميم، و٥٠% من الإناث و١٠% من الذكور يكونون حاملين للبكتيريا من دون وجود أعراض للمرض.

والسيلان من أكثر أسباب العقم عند النساء شيوعاً على مستوى العالم، ويصيب السيلان الأجزاء الرطبة من الأعضاء التناسلية، وأكثر منطقة عرضة للإصابة هي الجزء الداخلي من طرف القضيب عند الرجال، وتبدأ الإصابة عند النساء في عنق الرحم.

طرق العدوى:

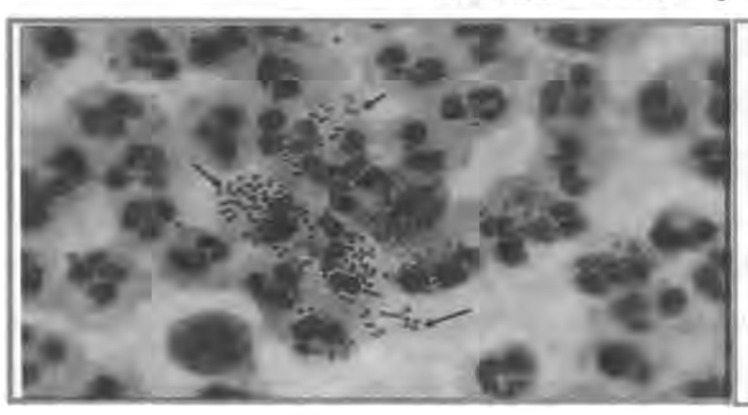
- **تحدث العدوى بواسطة المقارنة الجنسية بين الشخص المصاب والشخص السليم.**
- **ينتقل السيلان أحياناً بدون الاتصال الجنسي كما في إصابة الأطفال حديثي الولادة بالتهاب العين السيلاني عند تعرضهم لبكتيريا السيلان وهم في رحم الأم المصابة عند ولادتهم، أو إصابة الأشخاص الأصحاء بالتهاب قرنية العين بسبب التلوث بالأدوات والمناديل الملوثة.**

المسببات:

هذا المرض يسببه نوع من بكتيريا السيلان المعروفة باسم المكورات البنية (Gonococcus)، أو نيسيريا غونورييه Neisseria Gonorrhoeae و شكلها كروي ثنائي وتصطبغ سلبياً بصبغة غرام Gram-Negative-Diplococci.

وتنتقل هذه البكتيريا عن طريق الاتصال الجنسي، وتتكون من خلية واحدة تعيش في جو رطب، وتسبب التهاب الأعضاء التناسلية والمستقيم (جزء من القولون) والبلعوم والملتحمة (الغشاء الذي يغطي كرة العين).

وهي شديدة التأثر حيث أن بإمكان الجفاف والبرودة والحرارة والأدوية والمطهرات أن تقضي على هذه البكتيريا بسهولة.



صورة مجهرية لعينة من الإفراز مصبوغة بصبغة غرام تبين البكتيريا الثنائية الكروية داخل كرية الدم البيضاء (السهم الأحمر)

فترة الحضانة:

تتراوح فترة الحضانة ما بين يومين إلى عشرة أيام من بدأ الاتصال الجنسي، وفي معظم الحالات تكون هذه الفترة أقل من خمسة أيام، وتظهر أعراض المرض غالباً ما بين (٢-٥) أيام من الاتصال الجنسي.

وتمتد فترة الحضانة عند المرأة إلى شهر كامل في أحيان كثيرة، وذلك لكون الأعراض الأولى من المرض تكون متخفية عند المرأة فلا تشعر المرأة المصابة بأي اضطراب ظاهر فتكون حاملة لبكتيريا السيلان لفترة طويلة قد تمتد إلى عدة أسابيع أو عدة أشهر.

أعراض المرض:

أهم الأعراض التي تظهر على المرأة المصابة بالسيلان هي:

١- **السيلان المهبلي**: يكون هذا السيلان أصفر اللون ويكون شبيهاً بالقيح.

٢- حدوث حكة شديدة في الفرج.

٣- الشعور بحرقة مؤلمة عند التبول.

٤- الشعور بألم في أسفل البطن.

٥- زيادة عدد مرات التبول نتيجة لالتهاب المثانة.

٦- حدوث تورم في الأعضاء التناسلية الخارجية.

٧- إصابة غدد بارتيولا (Bartholine) بالالتهاب الحاد.

٨- حدوث نزف من المهبل.

وقد تؤدي الإصابة بالسيلان المزمن إلى ظهور أعراض مرضية ونوبات من الألم الحاد بين فترة وأخرى مع الحرقة عند التبول والحكة.

أما عند الرجل فإن بكتيريا السيلان تنتقل إلى الغشاء الداخلي من الجزء الأمامي من الإحليل حيث تنمو هناك وتتكاثر طوال ثلاثة أيام، ثم تظهر أعراض الالتهاب خلال هذه الفترة وأهم الأعراض التي تظهر على الرجل المصاب بالسيلان فهي:

١- ظهور إفرازات صفراء من القضيب.

٢- حدوث حكة وحرقة داخل القضيب في مجرى البول: وخاصة عند مرور البول على الغشاء الداخلي المصاب بالالتهاب، ثم تصاب فتحة الإحليل بالاحمرار نتيجة الالتهاب مما يتسبب عنها حدوث حرقة عند التبول.

٣- ظهور إفرازات إحليلية كثيفة تشتد ما بين فترات التبول.

٤- قد يحدث الالتهاب دون مصاحبة خروج قيح، ويمكن أن ينتشر الالتهاب إلى البروستات Prostate والبربخ Epididymis مسبباً التهاباً مزمناً فيهما.

ويشكل مرض السيلان خطورة شديدة عند النساء بشكل خاص، حيث يمكن أن ينتشر الالتهاب السيلاني في بقية الأعضاء التناسلية وينتج عنه مرض التهاب الحوض، وهذه حالة شديدة الخطورة حيث يتسبب عنها العقم.

كذلك يمكن أن تنتقل العدوى للأطفال خلال الولادة، وقد تسبب بكتريا السيلان للرضع التهاب الملتحمة Gonorrhoeal Conjunctivitis الذي يؤدي إلى الإصابة بالعمى إذا لم يعالج بسرعة، ويمكن أن يصيب الالتهاب المستقيم والبلعوم.

ويسبب انتشار الالتهاب خارج نطاق الجهاز التناسلي (انتشار البكتيريا عن طريق الدم) التهاب في المفاصل وظهور طفح جلدي وارتفاع الحرارة وتعب وإرهاق عام وهو يصيب النساء أكثر من الرجال.

المضاعفات:

إذا لم يعالج هذا المرض في النساء فإنه يتحول إلى مرض مزمن حيث تشتد الأعراض وتحصل المضاعفات الموضعية، وخاصة إذا انتقلت هذه البكتيريا نحو تجويف الرحم والبوقين والمبيضين حيث يزداد فتكه بهذه الأعضاء وتبدأ الآلام الحادة ويظهر الإفراز القيحي، وفي هذه الحالة يحدث انسداد في أحد أو كلا البوقين (قناتي فالوب) فيحدث العقم، ويحدث هذا الانسداد بعد الولادة أو الإجهاض حيث يتسنى للبكتريا فرصة التسرب إلى قناتي فالوب مسبباً العقم للمرأة.

وإذا لم تتم معالجة المرض في الرجال فإنه يمتد إلى الأعضاء الداخلية من الجهاز التناسلي محدثاً التهابات حادة أو مزمنة في غدة البروستات والحبل المنوي والحويصلات المنوية والخصيتين والمثانة، بالإضافة إلى تسببه في بعض الحالات بإصابة الرجل بالعقم.

إن إهمال العلاج يسبب تطور الإصابة الحادة إلى إصابة مزمنة يصعب علاجها، حيث إن المريض لا يشعر بوجود ألم ولكنه يلاحظ وجود نقطة في القيح في فوهة القضيب تدعى بالنقطة العسكرية وقد سميت بهذا الاسم بسبب إصابة الجنود بها بشكل خاص في الماضي، أما الخيوط التي تظهر في البول فهي عبارة عن أنسجة متآكلة.

المضاعفات التي تحدث لكلا الجنسين:

١- **إصابة صمامات القلب:** قد تتسرب بكتريا السيلان إلى الدم في بعض الحالات النادرة، وتسير معه حتى تصل إلى الأعضاء الدقيقة الحساسة حيث تختارها محلاً لإقامتها مثل صمامات القلب والمفاصل، ويستدل على حدوث هذا الأمر الخطير من خلال الأعراض التالية:

- إصابة المريض بارتفاع في درجة حرارة الجسم.
- شعوره بألم حاد في جهة الثديين.

ويجب على المريض في هذه الحالة أن يسرع باستشارة الطبيب المختص حيث يعالج ذلك بالبنسلين.

٢- **إصابات المفاصل:** يحدث تضخم مفاجئ في مفاصل الجسم الكبيرة مثل مفاصل اليدين والمرفقين والركبتين، ويشعر المريض بالآم حادة عند قيامه بأقل حركة لهذه المفاصل، ثم يتكون بعد ذلك سائل مصلي يتجمع في فجوة المفصل، وقد يتحول هذا السائل المصلي إلى سائل قيحي، ثم يصاب المفصل بمرور الزمن بالتصلب حيث يفقد المفصل المصاب كل حركة وتسمى هذه الحالة بمرض القط (Ankylose).

٣- **التهاب المستقيم:** يصيب هذا الالتهاب المستقيم بسبب مرور السائل السيلاني إليه ويحدث ذلك غالباً عند النساء، أما الرجال فإنهم يصابون بهذا الالتهاب على أثر علاقة جنسية شاذة وتكون أعراض هذه الإصابة حدوث حكة شرجية شديدة وحرقة في المنطقة مع نزول السائل السيلاني.

٤-**الرمد الصديدي:** قد تصاب العين بالتلوث بهذه البكتريا بسبب قلة النظافة التي تؤدي إلى انتقال بكتيريا السيلان إليها، فتسبب إصابة العين برمد خطير ينتهي في أغلب الحالات إلى فقدان البصر رغم العلاج الدقيق المتواصل.

وفي الحالات الخفيفة من الإصابة يحدث انسلاخ في قرنية العين المصابة وقد يصاب الطفل الوليد بهذا الرمد أيضاً عند اجتيازه للأعضاء التناسلية للأم المصابة بالسيلان فتفتك بكتريا السيلان بعيني الطفل الوليد مما يسبب له فقدان البصر الدائم، ولذلك يقوم الطبيب المولد بغسل عيني المولود بقطرة متكونة من مركب دوائي وقائي، هو عبارة عن بعض النقط المكونة من محلول مخفف من نترات الفضة.

التشخيص:

يتم تشخيص مرض السيلان من خلال:

١- الأعراض المرضية السريرية.

٢- تاريخ العدوى وتاريخ الممارسات الجنسية عند المريض.

٣- إجراء الفحص المختبري لعينة من المادة الصديدية يتم زراعتها في وسط خاص في المختبر وفحصها تحت المجهر لتحديد نوع البكتيريا، وكذلك عن طريق عمل صبغة لعينة من الإفراز على شريحة في المختبر للتعرف السريع على البكتيريا، حيث تكون هذه البكتيريا على شكل كروي ثنائي داخل كريات الدم البيضاء المفصصة النواة وتصطبغ سلبياً بصبغة غرام Intracellular-Gram-Negative-Diplococci، وإعطاء المصاب العلاج لحين ظهور نتيجة الزراعة.

٤- إجراء الفحص المختبري للخزعات المأخوذة من القضيب أو من عنق الرحم لكي يتم تحديد نوع البكتيريا.

٥- يتم فحص حساسية بكتريا السيلان للمضادات الحيوية لكي يتمكن الطبيب المعالج من وصف المضاد الحيوي المناسب للعلاج.

٦- تعمل زراعة للدم في حالات انتشار البكتيريا في الدم Blood Culture.

العلاج:

تعتمد معالجة مرض السيلان على استعمال المضادات الحيوية (Antibiotics)، ويعتبر البنسلين (Penicillin) ومشتقاته من أفضل المضادات الحيوية المستعملة لعلاج هذا المرض، وتكون المعالجة بهذا الدواء أما بشكل جرعة دوائية نظامية تعطى لمدة كافية أو أن تكون معالجة خاطفة أو مفاجئة وهي إعطاء جرعة دوائية عالية دفعة واحدة لمنع إعطاء فرصة للبكتريا على التعود أو تكوين مناعة ضده، مثل: إعطاء المريض جرعة واحدة من دواء سيبروفلوكساسين Ciprofloxacin ٥٠٠mg أو أوفلوكساسين Ofloxacin ٤٠٠ mg عن طريق الفم، كافية للعلاج مع الحرص على علاج الشريك، أو إعطاءه حقنة واحدة سفتيراكسيون Ceftriaxone ٢٥٠mg أو سبكتينومايسين Spectinomycin ٢mg في العضل.

وإذا تمكنت بكتيريا السيلان من تكوين المناعة ضد البنسلين أو كان لدى

المريض حساسية ضد البنسلين فيصف الطبيب للمريض في هذه الحالة دواء آخر مثل:

١- مركبات السلفا (Sulpha Drugs).

٢- الترايمثوبرم.

٣- التتراسايكلين (Tetracycline).

٤- الأرثرومايسين (Erythromycin).

ومن الأمور المهمة في المعالجة هي:

- معالجة الطرفين آن واحد وينصح المريض بالانقطاع التام عن الاتصالات الجنسية حتى يتم علاجه وشفاؤه التام.
- الاستمرار في إجراء الفحوصات المختبرية بين فترة وأخرى لمعرفة مدى نجاح العلاج ويجب أن يمتنع المريض أثناء العلاج من تناول المشروبات الكحولية والسوائل الغازية والبهارات لأن هذه المواد تغير من حموضة الإدرار (البول) وبالتالي تقلل من فعالية الأدوية.
- يجب على المريض الابتعاد عن الإرهاق وتوفير الراحة الجسمية المطلقة.
- معالجة حالات الإمساك والإسهال إذا حدثا أثناء العلاج.
- توجيه عناية خاصة للأعضاء التناسلية حيث يتوجب غسلها بالماء والصابون وتجفيفها جيداً، كما يجب تغيير الملابس الداخلية باستمرار.
- إعادة الزراعة بعد ٧٢ ساعة من إكمال العلاج.

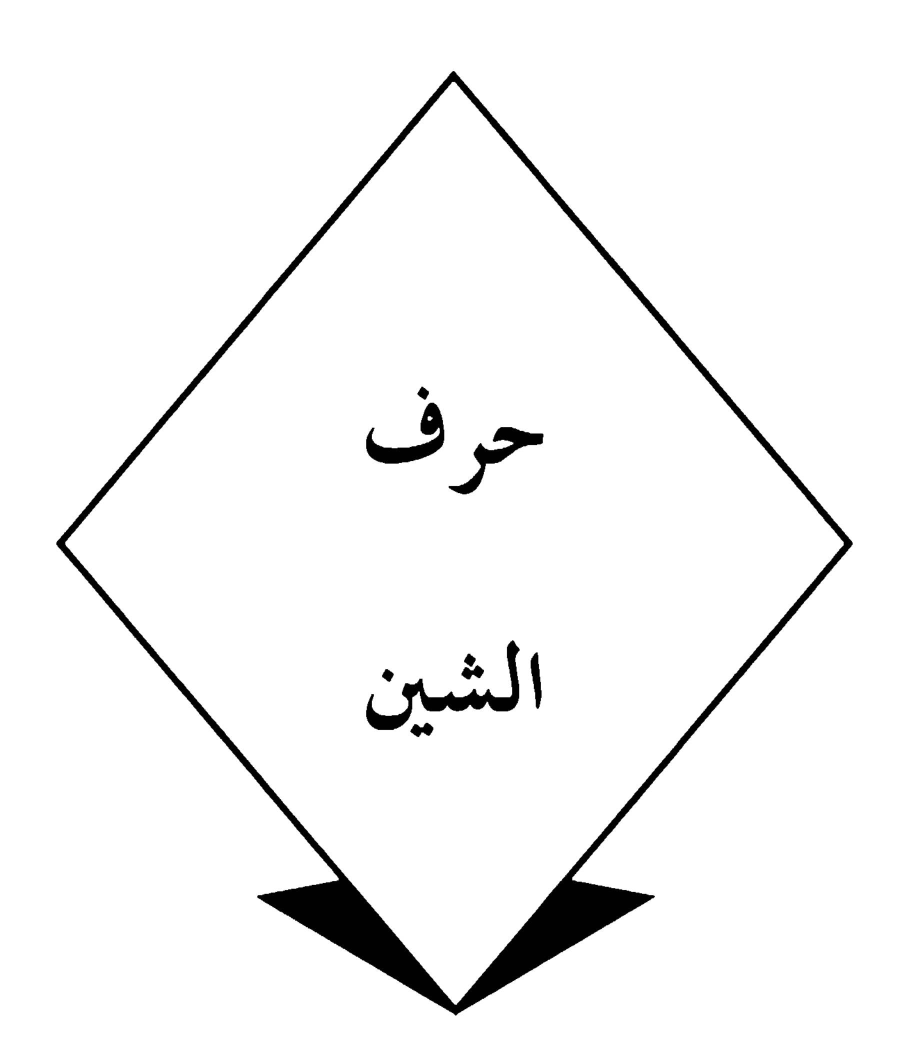
وهناك وسائل وقائية أخرى لا بد من اتخاذها من أجل الحد من نقل العدوى إلى الآخرين وهي:

١- النظافة التامة.

٢- عدم استعمال مناشف الآخرين.

٣- الحفاظ على نظافة اليدين من خلال غسلهما بالماء والصابون وفركهما بالكحول الطبي بعد استعمال المرافق الصحية.

٤- غسل الثياب الداخلية للمريض بمعزل عن ثياب باقي أفراد الأسرة ، مع وضع المواد المطهرة مع الغسيل.


حرف
الشين



شتر خارجي Ectropion:

هو انقلاب حافة الجفن إلى الخارج مصطحباً معه جزء من الملتحمة وأحياناً الفتحة الخارجية للقناة الدمعية.

أعراض المرض

- صعوبة غلق العين (فقدان القدرة على إطباق الجفون).
- زيادة إفراز الدموع.

المسببات:

- ترهل الجفون مع التقدم في العمر.
- حدوث تليفات في الجلد الخارجي، كما في حالة حدوث حروق في الوجه.
- ضعف (شلل) في العضلات المحيطة بالجفون، كما في حالة شلل عصب الوجه السابع.

العلاج:

- عمل مساج للجفن السفلي باتجاه يكون إلى الأعلى .
- استخدام مرطبات لترطيب الجلد المحيط بالجفن السفلي.
- إجراء الجراحة وهو العلاج الشافي (الأساسي).

شتر داخلي Entropion :

هو انقلاب حافة الجفن إلى الداخل بحيث تلامس الرموش (الأهداب) القرنية والملتحمة مسببة تكرار جرحها.

أعراض المرض:

- الشعور بوجود جسم غريب في العين.
- ألم في العين.
- زيادة إفراز الدموع.

المسببات:

- **ترهل الجفون مع التقدم في العمر.**
- **تليفات في الملتحمة** (مثل مرض التراخوما).
- **تشنج عضلات الجفن خصوصاً مع وجود التهاب في سطح العين.**

العلاج:

- **علاج أي التهابات إن وجدت.**
- **استخدام مرطبات للعين كعلاج مرحلي.**
- **تعتبر الجراحة العلاج الشافي** (الأساسي).

شد عضلي Muscle cramp:

هو تقلص لا إرادي يحدث في العضلات **أو ما نطلق عليه التشنجات التي تصيـــب العضلات نتيجة لحركة فجائية أو التعرض لإجهاد ما.**

ويوجد نوعين من العضلات في جسم الإنسان:

١- **عضلات يتحكم في حركتها مثل الأطراف** (الأرجل - الأيدي)، **عضلات الرأس، الرقبة، والجذع.**

٢- **عضلات لا يتحكم الإنسان في حركتها مثل:** عضلات الرحم، جدار الأوعية الدموية، الأمعاء، المرارة، والمثانة ... الخ.

وعند حدوث الشد العضلي يشعر الإنسان بألم، **ويجب عليه التوقف الفوري عن ممارسة أي نشاط يقوم به حتى رجوع العضلات إلى حالتها الطبيعية ويصاحب الشد العضلي الحاد تورم في العضلة وتستمر على هذا الوضع لعدة أيام.**

وتتراوح المدة التي يستغرقها الشد من عدة ثوانٍ إلى نصف ساعة وربما يكون أكثر من ذلك في بعض الأحيان، **وقد تصيب هذه التقلصات جزءاً من العضلة أو العضلة بأكملها أو مجموعة من العضلات نتيجة لتحريك الجسم في اتجاه مضاد لحركته الطبيعية حيث توجد أنواع متعددة للشد العضلي تختلف باختلاف الأسباب والأعراض.**

المسببات:

توجد أسباب عديدة لحدوث الشد العضلي منها:

- نقص المعادن في الدم مثل الكالسيوم والمغنيسيوم.
- الجفاف.
- الشد الذي ينتج عن الاسترخاء والراحة وخاصة أثناء فترات النوم.
- بذل نشاط زائد عن الحد.
- التقدم في السن.
- تناول بعض الأدوية مثل مدرات البول أو تلك التي تستخدم لمرض النسيان والشلل الرعاش وهشاشة العظام.
- قصور الدورة الدموية.

العلاج

يمكن علاج الشد العضلي بطرق بسيطة وسهلة وذلك عن طريق تدليك العضلة المتقلصة وبسطها بالطرق المختلفة أو تناول معدن المغنيسيوم بكثرة، وفيتامين"هـ" أو الحقن بمصل "البيتيوليزم".

شرث Pernio:

هي حالة تصيب الأعمار في سن الشباب ويصيب الذكور والإناث في فترة الشباب بشكل خاص.

أعراض المرض:

- ظهور بقع الحمامي التي تكون مزرقة اللون.
- برودة وانتفاخ في الأصابع.
- فقاعات وتقرحات (في الحالات الشديدة).
- كما يحدث في الحالات الشديدة تعرق مفرط بسبب سوء في الدورة الدموية ناجم عن التعرض للبرد، والبرد المؤثر هو البرودة المعتدلة مع الرطوبة العالية.

فعندما يسخن الطرف المصاب يشعر المريض بحرق وحكة واحمرار وتظهر الإصابة في فصل الشتاء وتزول في فصل الصيف.

العلاج:

- **استعمال المطهرات.**
- **استعمال المستحضرات اليودية بشكل موضعي.**
- **ممارسة التمارين الوعائية وذلك بغمس الطرف المصاب في ماء بارد ثم ماء حار بالتناوب لمدة دقيقة لكل منهم، وتكرر هذه الطريقة حوالي ٣٠ مرة في التمرين الواحد.**
- **استعمال الموسعات الوعائية المحيطة كالنيكوتيناميد ١٠٠ملغم ٣ مرات يومياً.**

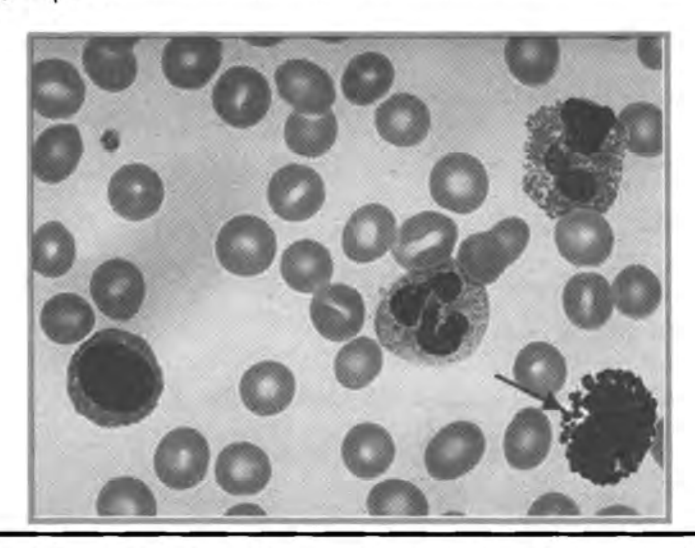
ويبقى العلاج الرئيسي هو الوقاية وذلك بالابتعاد عن البرد ولبس القفازات والكلسات الصوفية.

شرى Urticaria:

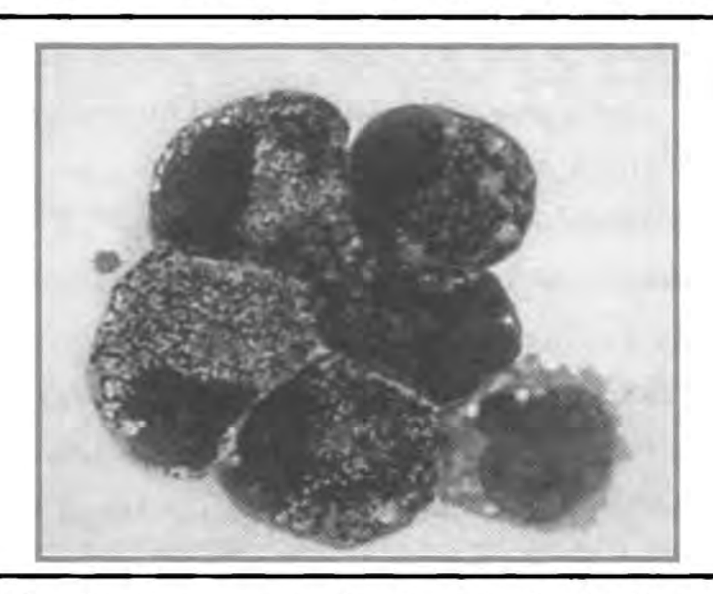
وهو من الأمراض التحسسية الشائعة جداً وهو واسع الانتشار، **ويتميز بظهور تورمات أو إنتبارات weals حادة وحاكة في الجلد نتيجة لتسرب في الأوعية الدموية الجلدية Leaky dermal Blood Vessels، وهو شائع في المصابين بالأكزيما التأتوبية Atopic Eczema ويظهر في الأطفال والشبان صغيري السن.**

ويكون ظهور طفح الشرى نتيجة لإطلاق الخلايا البدينة (Mast Cells) (أحد أنواع كريات الدم البيضاء في الجلد) **لمواد كيماوية لها علاقة بآلية الالتهاب Inflammatory Reaction في الجسم، وتسمى هذه المواد الوسائط الالتهابية Inflammatory Mediators، مثل الهيستامين Histamine، وتؤدي هذه الوسائط الالتهابية إلى زيادة نفوذية Permiability الأوعية الدموية في الجلد وذلك بزيادة المسافات بين خلايا جدرانها، مما يؤدي إلى تسرب السوائل والبروتين من جوف الأوعية الدموية إلى الخارج، وبالتالي ظهور التورمات (الانتانات) في الجلد.**

كذلك تؤدي الوسائط الالتهابية إلى اتساع الأوعية الدموية مما يؤدي إلى زيادة تدفق الدم وكميته فيها ويسبب هذا التدفق الاحمرار في الطفح، (وهذه الوسائط هي التي تسبب الحكة كذلك)، ويكون الشرى (الأرتيكاريا) حاداً Acute Urticaria إذا دام أقل من ٦ أسابيع، ومزمناً Chronic Urticaria إذا دام أكثر من ٦ أسابيع.



صورة مجهرية لشريحة دم تبين خلية أساسية (قاعدية (السهم) وهي نوع من أنواع كريات الدم البيضاء وتظهر الحويصلات البنفسجية اللون الموجودة في الخلية بكثرة، وتحتوي هذه الحويصلات على وسائط التهابية



صورة مجهرية لمجموعة من الخلايا البدينة وهي عبارة عن خلايا أساسية (قاعدية) هاجرت من جوف الأوعية الدموية لتستقر في أنسجة الجسم وتظهر كثرة الحويصلات التي تحتوي على الوسائط الالتهابية.

المسببات والأنواع:

١- **الشرى غير معروف السبب Idiopathic urticaria**: ويشكل هذا النوع يشكل معظم الحالات، ولكن يوجد دليل بأن بعض هذه الحالات يكون سببها مناعة ذاتية Autoimmune Aetiology حيث يكون لدى المصاب أضداد منيعة للذات Autoimmune Antibodies ضد مستقبلات معينة على الخلايا البدينة Mast cells.

٢- **الشرى الثانوي Secondary urticaria** : يكون الشرى نتيجة لسبب معروف يسبب في ظهوره مثل:

- التهابات فايروسية Viral Infections
- أخماج طفيلية كالديدان المعوية Parasitic Infections أو لدغ الحشرات.
- آثار جانبية للأدوية Drug Reactions مثل حساسية الأسبرين أو حساسية البنسلين.
- حساسية الطعام Food Allergy بسبب بعض الأطعمة كالسمك والفراولة والبيض والمعلبات والشوكولاته وغيرها، أو حساسية من الألوان الغذائية Food Colourings.
- في حالات نادرة تكون نتيجة للإصابة بمرض الذُآب الحمامي (الذئبة الحمراء) systemic lupus erythematosus.

٣- **الشرى (الأرتيكاريا) الفيزيائية Physical urticaria** : تظهر نتيجة لعوامل ومؤثرات فيزيائية مثل:

- البرودة Cold urticaria وتحدث في الطقس البارد أو ملامسة أي شيء بارد لسطح الجلد.
- الضغط على سطح الجلد **Pressure urticaria** وهو نوعان: نوع يظهر مع الضغط الخفيف على سطح الجلد ويأخذ الطفح شكل أو مسار الضغط و يظهر الطفح بعد دقائق من الضغط، يسمى هذا النوع كتوبية الجلد Dermographism حيث يمكن كتابة اسم ما بالأظفر، ثم يظهر على الجلد النوع الثاني بعد الضغط العميق Delayed Pressure urticaria مثلاً بعد لبس الحزام يظهر الطفح مكان الحزام على البطن والظهر بعد ساعات من خلعه.

- الحرارة أو التوتر **Cholinergic urticaria** : وهو نوع شائع من الشرى الفيزيائي ويتسبب بظهور حبوب حاكة على جذع الجسم والذراعين بعد ممارسة الرياضة أو التوتر النفسي والقلق .
- أشعة الشمس Solar urticaria .
- الماء Aquagenic urticaria .

٤- الالتهاب الوعائي الشرى **urticarial Vasculitis** : وهو عبارة عن التهاب في الأوعية الدموي ويجب أن يشك فيه في الحالات التي يدوم فيها الطفح الجلدي أكثر من ٢٤ ساعة أو يترك أثر على الجلد بعد أن يخف .

٥- الوذمة الوعائية الوراثية **Hereditary Angio-Oedema** : مرض وراثي نادر جداً ، يورث عن طريق موروثات مسيطرة Autosomal Dominant يؤدي إلى نقص في مثبط خميرة C١ إستيريز C١. C١ Esterase Inhibitor وهو العامل الأول في نظام كومبيلانت Complement System وهو نظام يدخل في آلية الالتهاب في الجسم، وكذلك حمايته من الأجسام الغريبة، ويتميز بظهور وذمات وعائية جلدية غير حاكة (تختلف عن طفح الأرتيكاريا) يمكن أن تدوم لمدة ٣ أيام، وقد يحدث معها ألم متكرر في البطن وأحياناً تسبب وذمة (تورم) الحنجرة Laryngeal Oedema مما يؤدي إلى انسداد مجرى التنفس والموت المفاجئ .

٦- الأمراض الحشوية: وخاصة الأورام الخبيثة مثل داء هودجكن وابيضاض الدم (اللوكيميا).

٧- أسباب نفسية.

أعراض المرض:

- ظهور الحطاطات الشروية: وهي سطوح وردية أو بيضاء اللون مرتفعة عن سطح الجلد وتكون ذات حدود واضحة، تتميز هذه الحطاطات بظهورها السريع وغيابها السريع، وتنتقل من مكان إلى آخر من سطح الجلد.
- يمكن أن تقع هذه الحطاطات الشروية على الأغشية المخاطية للبلعوم والحنجرة مما يؤدي إلى حدوث الاختناق (الوذمة الكوينكة).

- يسبب الطفح حكة شديدة مزعجة والإحساس بالاختناق، ويزول تلقائياً بعد دقائق أو ساعات، ولا يدوم أكثر من ٢٤ ساعة.
- بقع الطفح لا يكون عليها قشور ويكون لونها أحمراً وقد تبدو أحياناً باهتة أو بيضاء نتيجة لتجمع السوائل والتورم .
- يمكن أن تسبب الأرتيكاريا الشديدة تورم الأنسجة الناعمة، مثل حول العينين والشفتين واليدين، مما يسبب قلق للمريض، و كذلك فإنها تشكل خطراً على حياته في حالة امتداد الورم للحلق والحنجرة وهذه الحالة نادرة الحدوث جداً.

التشخيص:

يكون التشخيص عادة من التاريخ المرضي والأعراض والفحص السريري.

أ- في حالات الأرتيكاريا الفيزيائية يحاول الطبيب إحداث ظهور الطفح باستخدام المحفز (مثل وضع شيء بارد على الجلد في حالة أرتيكاريا البرودة).

ب- إجراء تحليل دم كامل CBC مع سرعة الترسب ESR وفحص شريحة من الدم تحت المجهر لأنواع كريات الدم البيضاء .

ج- في حالات الشك بالتهاب الأوعية الدموية Vaculitis يجب عمل جميع التحاليل الخاصة بذلك للتشخيص، ومنها :

- أخذ خزعة (عينة Skin Biopsy) من الطفح وفحصها تحت المجهر لمعرفة آلية الطفح.
- أضداد نواة الخلية في الدم Serum Antinuclear Antibodies .
- عامل الروماتويد في الدم Rheumatoid factor
- أضداد ضد الحامض النووي DNA ثنائي الجديلة Anti Double Stranded DNA Antibodies (dsDNA)
- أضداد ضد الكارديولايبين Anticardiolipin Antibodies

د- مستوى الكمبولانت في الدم Complement Level في حالات الوذمة الوعائية الوراثية، ويكون فيها مستوى C_2 و C_4 منخفض، وكذلك مستوى مثبط C_1 إستيريز C_1 Esterase Inhibitor Level .

سير المرض:

قد يكون الشرى عارضاً ويتراجع بسرعة بزوال السبب أو أن يكون مزمناً

ومعاوداً ويسمى في هذه الحالة بالمرض الشروي وهو معاند للعلاج ومزعج جداً ويتوجب إجراء دراسة دقيقة للحالة.

العلاج:

- يكون علاج الشرى أولاً علاجاً عاماً وذلك بمعرفة المسبب وإزالته، وتجنب المسببات وخاصة في الأرتيكاريا الفيزيائية.
- تجنب الأدوية التي تحتوي على الساليساليت Salicylates مثل الأسبرين والأدوية الأفيونية Opiates لأنها تسبب طرح الوسائط الالتهابية من الخلايا البدينة.
- أما العلاج العرضي فيكون بإعطاء المصاب مضادات الهستامين غير المركنة Non-Sedating Antihistamine لأنها لا تسبب النعاس (مثل سيتريزين Cetirizine و لوراتدين) Loratadine ، وإذا لم تسيطر على المرض فيستخدم مضادات الهيستامين المركنة، وهي العلاج الرئيسي في حالات الشرى غير المعروفة السبب، كما تستخدم مركبات الكلس عن طريق الفم، ويعطى الكورتيزون في الحالات الشديدة.
- تجنب الأطعمة التي تسبب الحالة وتناول الأطعمة الخالية من الألوان الاصطناعية والمواد الحافظة .
- في حالات تورم (وذمة) الحنجرة تعالج هذه الحالة بشكل طارئ بالكورتيزون عن طريق الوريد Intravenous Steroids والإبينيفرين تحت الجلد .Subcutaneous Epinephrine
- في حالات التهاب الأوعية الشرية يعطى المريض أدوية مثل دابسون Dapsone بجرعة مقدارها ٥٠ – ١٠٠ ملغم يومياً أو بالأدوية المثبطة للمناعة .Immunosuppressants
- تعالج حالات الوذمة الوعائية الوراثية بنقل تركيزات مثبط C، إستيريز C، Esterase Inhibitor Concentrates ونقل البلازما الطازجة المجمدة Fresh Frozen Plasma لأن الكورتيزون والإبينيفرين يكونان عادة غير فعالين في هذه الحالات، ويستمر المريض على الستيرويدات البناءة Anabolic Steroids مثل ستانوزولول Stanozolol الذي يحفز الكبد على صناعة مثبط C، إستيريز.

ملاحظة: لا يجب استخدام هذا العقار للأطفال .

ويجب فحص أفراد العائلة لمعرفة المصابين منهم بالمرض .

سير المرض:

تدوم معظم الحالات غير المعروفة السبب من عدة أسابيع إلى عدة اشهر قبل أن تختفي تلقائياً، ويمكن السيطرة على معظم هذه الحالات بمضادات الهستامين، وقد تستمر نسبة قليلة من الحالات لتصبح حالات مزمنة، قد تدوم لبضعة أشهر أو سنوات.

أما الأرتيكاريا الفيزيائية فهي أكثر استدامة وتدوم عادة لسنوات وغالباً ما تكون مقاومة للعلاج.

شعرانية Hirsuitism:

يعتمد نمو وتطور الحويصلة الشعرية - الدهنية على الهرمونات المذكرة (الأندروجينات) كما هو معروف ومؤكد منذ وقت طويل، **ويؤكد ذلك ظهور الشعر والسيلان الدهني الذي قد يترافق عند الشباب مع سن البلوغ، وهو السن الذي تزداد فيه الهرمونات المذكرة والذي يؤدي إلى تكامل الصفات الجنسية الثانوية عند الرجل.**

ولا تظهر هذه العلامات عند القاصرين جنسياً، **ويكون تطور الشعر قبل سن البلوغ مقصوراً على وبر ناعم، أما عند سن البلوغ فإن هذا الوبر يتطور إلى شعر قاس وخشن وتأخذ الغدد الدهنية بالإفراز.**

وتظهر عند النساء أيضاً عند سن البلوغ إفرازات هرمونية بكميات قليلة من الأندروجينات، **وتكون هذه الإفرازات الهرمونية بشكل طبيعي مما يؤدي إلى ظهور الشعر في منطقة العانة والإبطين حيث تكون هذه المناطق شديدة الحساسية للكميات القليل من هذه الهرمونات.**

وقد يظهر الشعر بسبب هذه الهرمونات في مناطق أخرى من الجسم وذلك بشكل مرضي، **وهذا ما يدعى بالشعرانية، ولابد من الإشارة هنا إلى أن الشعر في فروة الرأس يخضع لمراقبة هرمونية مغايرة حيث يتساقط الشعر في حال ازدياد الهرمونات المذكرة بدلاً من أن ينمو.**

المسببات:

أ- استعمال بعض الأدوية التي تحتوي على مشتقات هرمونية لها تأثير أندروجيني، وهي شائعة الاستعمال إلى حد ما.

ب- القصورات الخمائرية الإنزيمية في تركيب الهرمونات التروئيدية أو ما يسمى بفرط تشنج الكظر، حيث تظهر الحالات الشديدة منها منذ مراحل الطفولة الأولى بخنوثة، بالإضافة إلى أعراض فقدان الأملاح أو ارتفاع توتر شرياني وذلك حسب الحالة.

ج- هناك أشكال مخففة منها تظهر عند البلوغ بشعرانية وتكون النساء المصابات عادة قصيرات القامة، وقد يتواجد تضخم في البظر أو تضخم عضلي، وهو مرض وراثي يصيب عدة فتيات من نفس العائلة.

التشخيص:

هذه الأورام نادرة الحدوث، ويتم تشخيصها بمعايير هرمونية للستروئيدات من خلال:

- **إجراء الفحص المختبري للدم والبول: قد تحتاج الفحوصات المختبرية إلى إجراء تحريض الإفراز بواسطة الحاثة الكظرية لإثبات التشخيص، ويعتمد تشخيص هذه الأورام على نتائج هذه الفحوصات التي تظهر ارتفاعاً كبيراً في كمية الاندروجينات في الدم والبول.**
- **إجراء التصوير الشعاعي.**
- **إجراء التصوير الطبقي المحوري لتحديد مكان الورم.**

أعراض المرض:

تنمو الأورام المفرزة للأندروجينات على حساب الكظر أو على حساب المبيض، وتتميز بظهور الأعراض التالية بشكل مفاجئ وترقي سريع مع شدة أعراض الذكورة:

١- شعرانية مصممة.

٢- سيلان دهني.

٣- تضخم البظر.

٤- تضخم العضلات.

٥- خشونة الصوت.

٦- اضطرابات الدورة الشهرية.

٧- قد يحدث انقطاع بالحيض.

٨- تماثل الثديين للضمور.

٩- أعراض المبيض العديد الكميات أو تناذر شيء لوفيتال:

وهو مرض تابع إلى حد ما، ويظهر الشكل الكلاسيكي منه بظهور شعرانية مع حدوث تباعد في فترات الحيض من دون حدوث إباضة مما يؤدي إلى حدوث العقم، وهو مرض نادر الحدوث يشابه المرض السابق من حيث الأعراض، ولكن إفراز هرمونات الأندروجينات يكون أكثر أهمية، بالإضافة إلى أن الشعرانية تظهر بشكل أشد.

التشخيص:

يعتمد تشخيص هذه الحالة على:

١- الفحص السريري.

٢- إجراء الفحوصات المختبرية لقياس المعايير الهرمونية.

٣- نتائج الفحوصات التي تظهر فرط تصنيع الخلايا الصندوقية.

والشعرانية الأساسية هي تسمية تطلق على جميع حالات الشعرانية غير المترافقة بازدياد واضح في إفراز الأندروجينات وتظهر الأعراض مع سن البلوغ بشكل شعرانية معزولة من دون علامات أخرى تذكر.

ويقرن هذا الشكل للتشارك بين عاملين:

ازدياد إفراز الأندروجينات بشكل طفيف غالباً ما يكون من منشئ مبيضي، ويصعب تحديد هذا الازدياد بالعابرات العادية التي تكون طبيعية، بالإضافة إلى ازدياد حساسية الجسم لهذه الأندروجينات، وهناك دور للوراثة في ظهور هذه الشعرانية.

ويعتمد التشخيص على نفي الأسباب الأخرى من الشعرانية والمترافقة بازدياد واضح في إفراز الأندروجينات.

العلاج:

استعملت النساء طرقاً عديدة لإزالة الشعر مثل نزع الشعر بالملقط أو بغيره إلى الحلاقة العادية إلى حل الشعر الكهربائي، وهذا العلاج مكلف، وأفضل العلاجات لهذه الحالة هو العلاج السببي لهذه الشعرانية فإذا كان السبب هو فرط نسيج قشرة الغدة الكظرية، فإن العلاج يكون بتنشيط إفراز قشرة الغدة الكظرية بكميات قليلة من الكورتيزونات.

أما في حالات أعراض المبيض العديد الكميات فإن العلاج يكون بتثبيط عمل المبيض، بشرط أن تكون المريضة غير راغبة بالحمل، وإلا فإن العلاج يكون بمحرضات الإباضة الشعرانية الأساسية حيث ·حسن الأعراض فيها كثيراً عند وجود الهرمونات المضادة للأندروجينات، ولكن يجب التنويه إلى أن العلاج يحتاج لفترة طويلة نظراً لأن طور نمو الشعرة مثلاً في الوجه يمتد لسنة أو سنة ونصف وهذا ما يجعلنا لا نتوقع تحسن الأعراض قبل مرور بضعة أشهر من العلاج.

شقوق Fissures:

هي إحدى الاندفاعات الثانوية التي تظهر على الجلد بسبب حدوث تمزق طولي في الأنسجة الملتهبة.

شقيقة Megrim:

(أنظر الصداع النصفي أو الصداع المرضي).

شلل الأطفال Polio(myelitis) :

هو التهاب خطير يصيب الصغار وأحياناً يصيب الكبار، وقد يؤدي إلى الشلل الحركي التام، يسببه فايروس، ولا يعد معظم مرضى شلل الأطفال مصابين بالشلل الدائم، لأن الشلل قد يحدث على درجات وفي عدة مجموعات من العضلات.

وهناك نوعان من شلل الأطفال ومتلازمة ما بعد الشلل وهما:

١- الشلل الشوكي: وهو أكثر الأنواع شيوعاً ويحدث هذا النوع عندما تهاجم فايروسات الشلل الخلايا العصبية التي تتحكم في عضلات كل من الساقين

والذراعين والجذع والحجاب الحاجز والبطن والحوض.

٢- **الشلل البصلي:** يعد من أخطر أنواع شلل الأطفال، وينشأ نتيجة تهتك الخلايا العصبية في جذع الدماغ، وتتحكم بعض هذه الأعصاب في عضلات البلع وتحريك العينين واللسان والوجه والعنق، وقد تتأثر كذلك الأعصاب التي تتحكم في التنفس ودوران السوائل في الجسم.

المسببات:

هناك ثلاثة فايروسات تؤدي إلى شلل الأطفال، وتسمى النوع الأول والثاني والثالث، حيث تهاجم الخلايا الحية وتنتقل الإصابة عن طريق الأنف والفم وتصل إلى الأمعاء، وتنتقل مع الدم إلى الدماغ عن طريق الألياف العصبية أو ينقلها الدم إلى الجهاز العصبي المركزي، ثم تدخل في الخلية العصبية وتتكاثر بسرعة حتى تتهتك الخلية أو تموت، وينشأ الشلل عند تهتك عدة خلايا.

أعراض المرض:

- ألم في الحلق.
- ارتفاع درجة الحرارة.
- صداع.
- تقيؤ.

وقد تكون هذه الأعراض خفيفة بحيث يصعب على الطبيب تشخيص المرض على أنه شلل الأطفال، أما الإصابات الشديدة فلها نفس الأعراض السابقة ولكنها لا تختفي، ويبدأ التيبس في عضلات الظهر والرقبة وتصبح العضلات ضعيفة والحركة عسيرة، وقد يحدث الألم في كل من الظهر والساقين، وخاصة إذا أصبحت هذه الأعضاء مشدودة أو ممدة، وقد يعجز الإنسان عن الوقوف أو المشي إذا تمكن منه مرض الشلل.

العلاج:

يوجد نوعان من لقاح الشلل، وكلاهما يقي الإنسان من أمراض شلل الأطفال الثلاثة، ويعطى اللقاح على شكل جرعات نمونجية في أربع جرعات، تعطى الجرعة الأولى في نهاية الشهر الثالث من العمر، والثانية في نهاية الشهر الرابع، والثالثة في

نهاية الشهر الخامس، أما الجرعة الرابعة والأخيرة وهي جرعة منشطة فتعطى في نهاية الشهر الثامن عشر، ولم يكتشف العلماء حتى الآن دواء ناجع يستطيع قتل فايروس الشلل أو التحكم في انتشاره.

وتعتبر الراحة التامة أهم علاج لهذا المرض، وتستخدم الكمادات الساخنة الرطبة لتخفيف الألم، وإذا اختفت الحمى، فيساعد أخصائيو العلاج الطبيعي المريض في تحريك الأطراف لمنع حدوث التشوهات والتيبس المؤلم في العضلات، وتساعد التمرينات المركزة على تقوية العضلات وإعادة تدريبها فيما بعد.

وقد يتمكن المرضى وحتى المصابون منهم بالشلل الشديد من الحركة الكافية لأداء عدة أنشطة، وقد يحتاج بعضهم إلى الجبائر أو الأربطة أو العكازات التي تساعدهم على الحركة، وقد يستخدم جهازاً آلياً مثل جهاز التنفس الاصطناعي ليساعد المرضى على التنفس عند إصابة عضلات التنفس بالشلل.

شلل الجهاز العصبي المحيطي PNS Paralysis:

يتكون الجهاز العصبي المحيطي من الأعصاب التي تربط الجهاز العصبي المركزي بالعضلات، وقد يكون الشلل جزئياً أو كلياً ومؤقتاً أو دائماً، وتؤثر الإصابة بالشلل على عضلات مختلف الأعضاء، وفي معظم الحالات يرتبط الشلل بفقد الإحساس في الجزء المصاب من الجسم.

المسببات:

هناك عدة مسببات تؤدي إلى شلل الجهاز العصبي المحيطي منها السموم مثل الكحول، كما يؤدي إلى ذلك مرض السكر، وبعض الأمراض الأخرى والجروح وغيرها.

أعراض المرض:

يؤثر شلل الجهاز العصبي المحيطي بشكل عام على عضلة مفردة أو مجموعة من العضلات، وقد يؤدي التهاب أحد الأعصاب المحيطية إلى شلل في العضلة أو العضلات التي يتحكم فيها ذلك العصب، كذلك يؤدي تهتك أحد الأعصاب المحيطية إلى الشلل الرخو الذي تكون فيه العضلات مترهلة.

العلاج:

قد تنمو الأعصاب المحيطية مرة أخرى، ومن ثم يكون الشلل في هذه الحالة مؤقتاً، وقد تساعد المعالجة النفسية المرضى على استعادة قواهم مرة أخرى، إذا عادت الحركة من جديد للعضلات والأعصاب.

شلل الجهاز العصبي المركزي CNS Paralysis:

يتكون الجهاز العصبي المركزي من الدماغ والنخاع الشوكي، والشلل هو فقدان القدرة على الحركة، وقد يكون الشلل جزئياً أو كلياً ومؤقتاً أو دائماً، وتؤثر الإصابة بالشلل على عضلات مختلف الأعضاء، وفي معظم الحالات يرتبط الشلل بفقد الإحساس في الجزء المصاب من الجسم.

المسببات:

هناك عدة مسببات تؤدي إلى شلل الجهاز العصبي المركزي منها:

- الإصابة في الحوادث المرورية.
- الإصابة ببعض الأمراض مثل التهاب السحايا والتصلب المتعدد والسكتات والأورام.

أعراض المرض:

١- تؤدي الإصابة أو المرض التي تؤدي إلى تلف الدماغ إلى شلل أعصاب الذراع والساق أو الوجه، ولكن من جانب واحد من الجسم.

٢- يؤدي تلف الدماغ إلى الشلل التشنجي حيث تصبح فيه العضلات مشدودة أكثر مما كانت عليه قبل الإصابة.

٣- تؤدي إصابة النخاع الشوكي إلى شلل العضلات أسفل الجزء المتهتك، فالتهتك الذي يحدث للنخاع الشوكي في منطقة الرقبة مثلاً يمكن أن يؤدي إلى الشلل الرباعي أي شلل الذراعين والساقين، أما التهتك أو التلف الذي يصيب جذع الدماغ، أي الجزء من الدماغ الذي يرتبط بالنخاع الشوكي فقد يؤدي إلى شلل العضلات التي تتحكم في الوظائف التلقائية للجسم مثل البلع والتنفس.

العلاج:

لا تنمو خلايا الجهاز العصبي مرة أخرى بعد الإصابة، ومن ثم يترتب على تهتكها أو تلفها شلل مستديم، غير أن بعض المصابين يمكنهم التدرب مرة أخرى على ممارسة بعض الحركات باستخدام الخلايا غير المتهتكة في الدماغ.

شلل بل (شلل العصب الوجهي) Bell's palsy:

هو شلل يصيب أحد جانبي الوجه، وسمي بشلل بل نسبة إلى الجراح البريطاني تشارلز بل الذي شرح وظائف أعصاب الوجه عام ١٨٢٩م.

المسببات:

يحدث الشلل النصفي أو شلل بل نتيجة للتورم المفاجئ الذي يصيب عصب الحركة الرئيسي بأحد جانبي الوجه، نتيجة للتعرض المفاجئ لجو بارد أو يكون العامل نفسي، أو قد يحدث التورم بسبب وجود فايروس.

وتحيط بهذا العصب قناة عظمية، ويضغط العصب المتورم على تلك القناة مما ينتج عنه عدم أداء العصب لوظائفه بصورة سليمة.

أعراض المرض:

- لا يستطيع الشخص المصاب أن يحرك جلد جبهته أو إغلاق عينه في النصف المصاب من الوجه.
- يفقد اللسان حاسة الذوق في النصف المصاب.
- قد يشعر المريض بألم ليوم أو يومين وذلك قبل ظهور الأعراض ولكن الشلل نفسه غير مؤلم.
- قد تبدو أصوات المصاب مرتفعة للغاية عما هي عليه في الحالة الطبيعية.

العلاج:

يتم شفاء أكثر من ٩٠% من المصابين بشلل بل في غضون عدة أسابيع حتى بدون علاج، ولكن في بعض الحالات تصبح الأعراض دائمة، ويمكن علاج المرض في مراحله الأولى بعقاقير السترويد.

شلل تشنجي Spastic paralysis :

يحدث هذا النوع من الشلل نتيجة تهتك في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي)، وهو حالة يضعف فيها التحكم في العضلات نتيجة هذا التهتك.

المسببات:

هناك عدة مسببات تؤدي إلى تهتك الجهاز العصبي المركزي، منها:

- حدوث التهتك عند الولادة أو قبلها.
- قد يحدث نتيجة الإصابة بالتهاب السحايا.
- نتيجة سكتات دماغية.
- بسبب كسر في الجمجمة أو أي إصابات أخرى.

أعراض المرض:

تتوقف شدة الإصابة بالشلل التشنجي على الجزء الذي يتعرض للتهتك من الجهاز العصبي، وعلى كمية التهتك، حيث يحددان أي العضلات تأثرت ومدى شدة التأثر، وقد يكون التهتك بسيطاً حيث لا يصاب الشخص سوى بفقدان قليل في التوازن وعيوب بسيطة في النطق.

أما في الحالات الشديدة فلا يستطيع المرضى المشي أو ربما يمشون على أطراف أقداهم، وتميل أقدامهم للداخل وتصطدم ركبهم معاً، وتتقدم قدم وترتد لتصطدم بالأخرى، وهي الحالة المعروفة باسم خطوة المقص، ويؤثر الشلل التشنجي في جميع عضلات الجسم، فقد يتأثر الوجه واللسان، وكذلك العضلات التي تتحكم في التنفس، وقد يؤدي الشلل التشنجي إلى التخلف العقلي.

العلاج:

يصعب شفاء تهتك الجهاز العصبي ألا أنه يمكن تحسين وظائف العضلات عن طريق الجراحة والعلاج الطبيعي، ويمكن تدريب مرضى التشنج على الكلام بفعالية ومراعاة أنفسهم، كما يمكن العلاج عن طريق أجهزة المسح، وهذه الأجهزة تحرك

المخيخ (وهو جزء من الدماغ) كهربائياً، وتساعد على تخفيف الشلل التشنجي لدى بعض المرضى.

شلل مخي Panplegia:

ويعرف أيضاً بالشلل الدماغي، وهو عبارة عن مجموعة اضطرابات تحدث نتيجة لتلف الدماغ، وقد تحدث الإصابة قبل الولادة أو أثناءها أو في السنوات الأولى من العمر.

الأنواع:

هناك أربعة أنواع رئيسية من الشلل المخي، تترتب كلها على فقدان القدرة على التحكم في العضلات، وهي:

١- الشلل التخلجي أو الهزعي.

٢- الشلل الكنعاني.

٣- الشلل ناقص التوتر.

٤- الشلل التشنجي.

المسببات:

قد يحدث الشلل الدماغي نتيجة إصابة الأم أثناء فترة الحمل إذ يمكن للحصبة الألمانية أن تصيب جنيناً بالأذى حتى لو كانت الأعراض طفيفة جداً، وقد يحدث نتيجة عوز الجنين للأوكسجين أي نقص وصول الأوكسجين لأنسجة الجسم لفترة طويلة الأمر الذي قد يسبب موت الخلايا المخية، وقد يصاب الطفل بعد الولادة نتيجة لمرض ما أو نتيجة تعرضه لحادث ما أو إصابة في الرأس.

أعراض المرض:

تكون حركات المصاب الإرادية ارتجاجية: يحدث فقدان في التوازن في حالة الشلل التخلجي.

وفي حالة الشلل الكنعاني فإن عضلات المريض تتحرك باستمرار، وتمنع هذه الحركات الأفعال الإرادية للمريض.

ويبدو المصاب بالشلل الناقص التوتر أعرج في مشيته، ولا يتحرك كثيراً بسبب عجز عضلاته عن التقلص.

أما المصاب بالشلل التشنجي فيجد صعوبة في تحريك بعض أجزاء من جسمه بسبب تيبس عضلاته.

وعموماً فإن مصاب الشلل الدماغي قد يعاني من اضطراب عضلي واحد أو قد يصاب بعجز طفيف أو يصاب بشلل كامل.

العلاج:

تعتبر الوقاية من الأذى الدماغي أثناء فترة الحمل أو الولادة والفترة التي تتلوها من أهم الطرق لمكافحة هذا المرض، حيث يجب على المرأة قبل حملها أن تتطعم ضد أي مرض يمكن أن يؤذي الجنين، وألا تتناول من الأدوية إلا ما يصفه الطبيب، وإذا حدثت الإصابة بالشلل الدماغي فالعلاج يهدف إلى منع تدهور حالة الطفل.

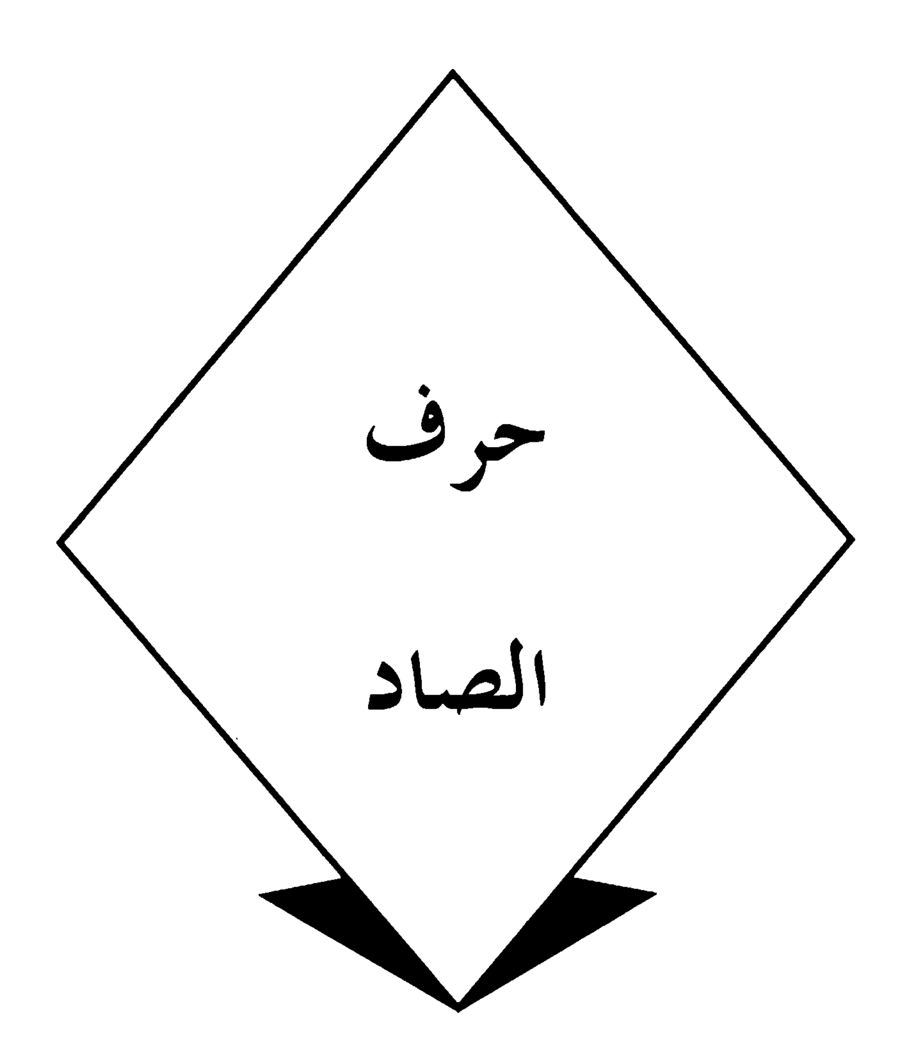
ويحتاج كل نوع من أنواع المرض إلى علاج مختلف ورعاية منفردة، وتساعد المعالجة الفيزيائية العديد من مرضى الشلل الدماغي حيث يتعلم المريض المحافظة على توازنه إن أمكن، وذلك بتدريبات معينة وتطوير مهارات ذاتية تساعده على ارتداء ثيابه وتناول طعامه.

ويمكن وصف أدوية للمرضى تساعدهم على إرخاء عضلاتهم والتحكم في تشنجاتهم، كما تساعد العكازات وغيرها من الأجهزة الآلية في دعم ومساعدة المريض، وقد تفيد في بعض الحالات المعالجة الجراحية التي تسمى "البضع الانتقائي للجذر الخلفي" في التخفيف من تصلب عضلات المريض وذلك بأن يقوم الطبيب الجراح بقص ألياف عصبية معينة في الحبل الشوكي.

شهد سيلز Kerion Celsi:

هي حالة مرضية تصيب جلد الرأس غالباً وتبدو على شكل قرص مستدير

مرتفع عن سطح الجلد، ويسيل منها عند الضغط قيح غزير وقد تخلف هذه الآفات ندبات دائمة بعد شفائها في بعض الأحيان.



حرف الصاد



صداع Headache:

وهو من أكثر الأمراض شيوعاً، ويتفاوت ما بين صداع خفيف إلى صداع حاد، وقد يستمر أقل من ساعة أو قد يستمر لعدة أيام.

المسببات:

- إصابة الرأس بجرح.
- تقلص عضلات الرأس.
- خفقان الشرايين التي تغذي فروة الرأس.
- توتر العين.
- التهاب الجيوب الأنفية.
- أعراض الحساسية.
- وفي حالات محدودة للغاية قد يكون سبب الصداع ورم في الدماغ أو غيره من أمراض الدماغ.
- اضطرابات الجهاز الهضمي.

أعراض المرض:

هناك نوعان من الصداع، الحاد، والمزمن، والصداع الحاد نادر الحدوث ويستمر لوقت قصير في الغالب، أما الصداع المزمن فيحدث بصورة منتظمة، وقد يستمر لبضعة أيام.

العلاج:

في معظم حالات الصداع الحاد، تؤدي الراحة وعدم تعاطي العقاقير، إلى إزالة الصداع، أما في حالة الصداع المزمن فيجب معرفة السبب وإعطاء العلاج المناسب.

صداع توتري headache Hypertension:

وهو أكثر أنواع الصداع شيوعاً، ويرتبط بازدياد توتر عضلات الوجه.

المسببات :

- **توتر عضلات الوجه.**
- **التوتر النفسي.**
- **التعب والاجهاد.**
- **التوتر البدني.**
- **التوتر الذهني.**

وتؤدي جميع أنواع التوتر إلى انكماش عضلات الوجه، وهو ما ينتج عنه الصداع التوتري.

أعراض المرض:

- **ألم في الرأس.**
- **ألم في مؤخرة الرأس والعنق.**

العلاج:

يمكن تخفيف حدة الصداع التوتري باستخدام عقاقير لتخفيف حدة الألم أو باستخدام مسكنات الألم، ويمكن أيضاً أن يفيد العلاج بالتغذية الحيوية المرتدة.

صداع نصفي أو صداع مرضي (الشقيقة) Migraine :

وهو واحد من أقسى أنواع الصداع، وأشدها ألماً ويطلق عليه أيضاً الصداع المرضي بسبب الألم الذي يسببه.

المسببات:

قد يكون سبب الصداع النصفي أحد الأسباب التالية:

- **التمدد المتزايد، أو التورم.**
- **خفقان شرايين الرأس.**
- **قد تؤدي الأطعمة مثل الشيكولاته، وبعض أنواع الجبن إلى حدوث مرض الصداع النصفي لدى بعض الأشخاص.**

أعراض المرض:

يتكرر الصداع النصفي من حين لآخر، ويكون مؤلماً في معظم الأحوال حتى يضطر المريض إلى ملازمة الفراش، وقد يعاود الصداع النصفي المريض مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً، وقد تعاود نوبات الصداع النصفي المريض عدة أشهر، بل أحيانا سنوات متباعدة، وتحدث نوبة الصداع النصفي لمعظم المرضى بطريقة واحدة، ، فقد يرى المريض أضواء متوهجة كالومض الخاطف قبل أن يبدأ الألم، أو يرى بقعة مظلمة في مجال الرؤية، وغالباً ما يصيب الألم جانباً واحداً من الرأس، ويعقب ذلك الشعور بالغثيان، والميل للتقيؤ، وبعض المرضى يميلون للبكاء، وتفرز أعينهم دموعاً غزيرة على الرغم منهم، وقد يكون هناك عدم وضوح في الرؤية (زغللة)، أو يشعر المريض بتنميل في الأطراف (الذراع أو الأرجل).

العلاج:

يصف الأطباء لمرضى الصداع النصفي عقاقير مختلفة للمساعدة على تقليل ورم الشرايين الدماغية خلال نوبة الصداع النصفي، وقد يلجأ بعض المرضى إلى اتباع أسلوب التغذية الحيوية المرتدة، وهو أسلوب للتحكم في العمليات غير الإرادية التي تحدث في جسم الإنسان، ومن خلال أسلوب التغذية المرتدة يمكن لمرضى الصداع النصفي تعلم كيفية رفع درجة حرارة الجسم بأنفسهم، وبأيديهم، دون معاونة، وهذا الأسلوب من شأنه أن يقلل من اندفاع الدم بصورة غير مباشرة إلى فروة الرأس، وهو يعني تقليل انقباضات وخفقان الشرايين الدماغية.

صدمة Shock:

هي قصور حاد في الدورة الدموية في جميع أجزاء الجسم، وتؤدي الصدمة لحدوث تلف نسيجي قابل للتراجع في البداية ثم يكون هذا التلف غير قابل للتراجع، يتسبب عنه نقص حاد في التروية الدموية.

المسببات:

١ - النزف الشديد.

٢- الإسهال الحاد.

٣- الحروق الواسعة.

٤- أمراض القلب وخاصة قصور القلب.

٥- التوسعات الوعائية الدموية الحادة والتي تؤدي لحدوث هبوط مفاجئ كما يحدث في التفاعلات التحسسية.

٦- الأمراض الالتهابية الحادة (الصدمة الالتهابية).

٧- الألم الشديد.

٨- رد الفعل العصبي الشديد تجاه الأصوات المفاجأة.

الأنواع:

١- الصدمة العصبية: وتحدث عند التعرض للخوف الشديد والألم الشديد حيث يتم إثارة العصب الحائر مما يؤدي إلى تباطؤ نبضات القلب وهبوط الضغط الدموي.

٢- صدمة نقص الحجم: وهي الصدمة الناتجة من حدوث نقص شديد في سوائل الجسم دون أن يكون هناك تعويض للسوائل المفقودة.

٣- الصدمة القلبية: تحدث نتيجة لحدوث أمراض القلب وخاصة انسداد الشريان التاجي مما يؤدي لحدوث احتشاء العضلة القلبية.

٤- الصدمة الجرثومية: تحدث هذه الصدمة غالباً بسبب الإصابة بالبكتريا سلبية الغرام كما في مرض الكزاز.

٥- الصدمة التحسسية: تحدث هذه الصدمة في حال دخول عوامل غريبة عن الجسم وفرط إفراز مادة الهستامين.

أعراض المرض:

١- برودة الجسم بسبب التعرق الغزير.

٢- شحوب الوجه واصفراره.

٣- سرعة التنفس في البداية ثم يصبح التنفس بطيئاً.

٤- سرعة النبض في البداية ثم يحدث هبوط في سرعة النبض.

٥- اضطراب الوعي.

٦- العطش الشديد نتيجة لفقدان السوائل.

العلاج:

١- تعويض السوائل المفقودة للمريض بأسرع ما يمكن لحماية المريض من الإصابة بالقصور الكلوي.

٢- إعطاء المصاب الأدوية الرافعة للضغط الشرياني.

٣- إعطاء الأدوية المضادة للحساسية (مثل الكورتيزون ومضاد الهستامين) في حالة الصدمة التحسسية.

٤- دعم أجهزة التنفس من خلال إعطاء الأوكسجين.

صرع Epilepsy:

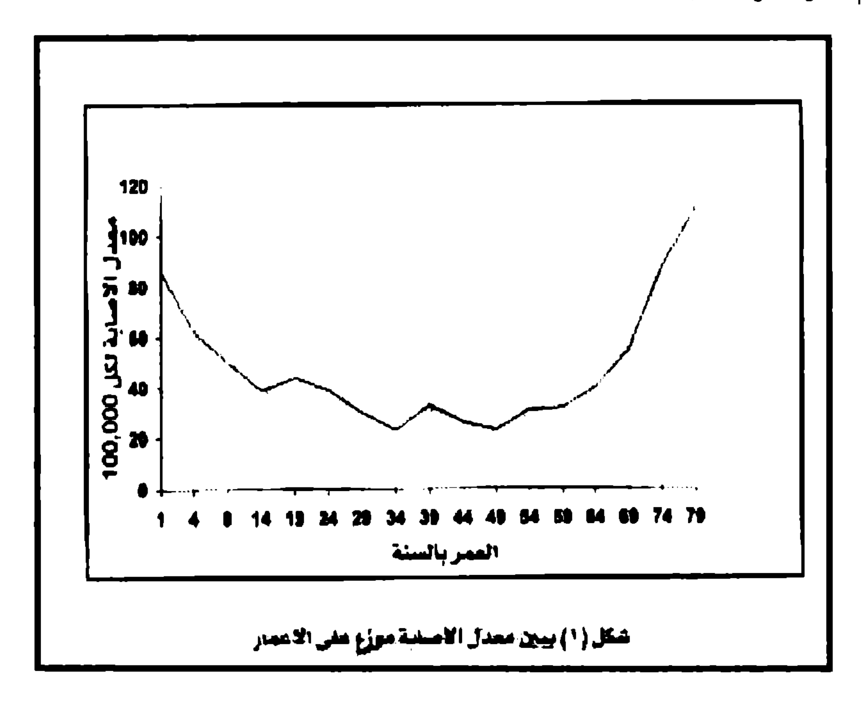
هو مرض معروف منذ القدم وتسميته قديمة ولها معاني وإيحاءات تعكس التفسير القديم لأسباب الصرع، فهو معروف باللغة اليونانية Epilepsia بالايبيليبسيا وتعني "يستولي على"، وباللغة الإنكليزية "سيزر" Seizure، وباللغة العربية "الصرع".

وتوحي جميع هذه المصطلحات بخضوع الجسم تحت سيطرة شئ ما، فقد كان المعتقد القديم بأن المصاب قد مسته روح شريرة لذلك كانت طرق العلاج وقتذاك تهدف إلى إخراج تلك الأرواح من جسد المصاب.

واختلفت الطرق في ذلك مثل إحداث ثقب بالدماغ لكي تفر منه الأرواح الشريرة أو بالضرب أو بالكي بالنار أو التقييد بالسلاسل والتغطية بالقماش الأسود أو إقامة الزار وطرق أخرى متعددة ومختلفة الأشكال باختلاف تقاليد وثقافة كل مجتمع.

الإصابة بالصرع:

إن مرض الصرع من الأمراض الشائعة نسبياً، وتتراوح نسبة الانتشار في المجتمعات ما بين (٥-٧) حالة في كل ١٠٠٠ فرد، وقد يصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر من الولادة وحتى سن الشيخوخة.



شكل (١) يبين معدل الاصابة موزع على الاعمار

النظرة الاجتماعية لمريض الصرع :

يعاني الأشخاص المصابون بالصرع من العزلة الاجتماعية بسبب الجهل بطبيعة الدماغ والفهم الخاطئ لحالة الصرع والأسباب المؤدية له، فالمجتمع ينظر إلى مرضى القلب والربو والأمراض المزمنة الأخرى بالرأفة والعطف والاستعداد للمساعدة ولكنه ينظر للمصابين بالصرع بالريبة والشك والخوف فيتجنبهم مما يجعلهم في عزلة عنه، ونتيجة لذلك يضطر المصاب بالصرع أو أقاربه الإبقاء على حالته سراً قدر الإمكان تجنباً لتلك النظرة الاجتماعية الخاطئة، غير أن واقع الأمر هو أن الصرع مثله مثل باقي الأمراض الجسدية الأخرى فمنه الخفيف والمتوسط والشديد.

مفهوم الصرع كمصطلح طبي:

الصرع يعني (فقط) استعداد المريض لتكرار حدوث النوبة الصرعية.

وتعني النوبة الصرعية الواحدة Epileptic Seizure حدوث اضطراب مؤقت في وظيفة من وظائف الدماغ (أو عدة وظائف مجتمعة)، ويحدث هذا الاضطراب بشكل مفاجئ ويستمر لفترة زمنية محدودة (دقائق) ثم ينتهي فجأة.

وعندما تتكرر تلك النوبات الصرعية عند الفرد مرتين أو أكثر (وبدون وجود أمراض أخرى محفزة مثل التهاب السحايا أو هبوط السكر المفاجئ) **فإن تلك الحالة تسمى الصرع** (Epilepsy).

فالصرع كتشخيص طبي هو ليس مرضاً نفسياً ولا يعني خلل في السلوك أو إصابة الفرد بدرجة من التخلف العقلي.

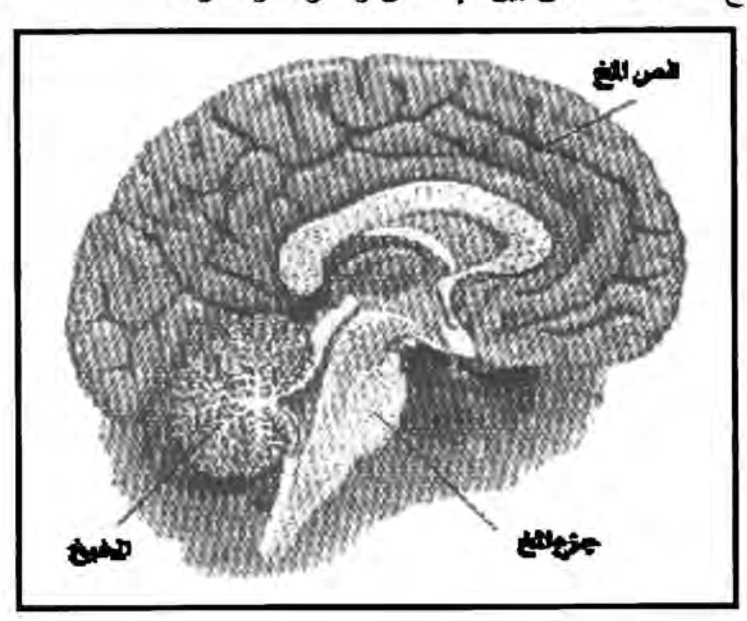
ولمعرفة طبيعة الصرع لابد من معرفة تشريح ووظائف الدماغ، فالمخ Brain **هو ذلك العضو البالغ التعقيد وهو العضو المسيطر الأعلى على حركة الجسم وأحاسيسه وهو مركز الفكر والذاكرة والسلوك،** ويتركب من ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

١- **فصي المخ الأيمن والأيسر** Cerebral Hemispheres.

٢- **جذع المخ** Stem Brain.

٣- **المخيخ** Cerebellum.

ويسيطر المخ عن طريق المراكز المتخصصة في الفصين الأيمن والأيسر على مراكز متفرقة للأحاسيس المختلفة (السمع، النظر، الشم، الألم) **ومراكز أخرى تسيطر على (الحركة، الفكر، الذاكرة، النطق) وهذه المراكز متصلة فيما بينها اتصالاً دقيقاً، فينتج عنه ذلك التناسق بين الإحساس والحركة والسلوك.**



وتتكون تلك المراكز من مجموعة من الخلايا العصبية (Neurons) التي يبلغ عددها في المخ عدة بلايين من الخلايا التي تتصل فيما بينها بطريقة معقدة، **بحيث أن الخلية الواحدة قد تستقبل عدة إشارات من عشرات الخلايا العصبية الأخرى في وقت واحد، وتنتقل الإشارات من خلية لأخرى على هيئة شحنات كهربائية تكون منتظمة من حيث العدد والاتجاه بحيث ينتج عنها رد الفعل المطلوب وبدرجة كافية دون زيادة أو نقصان.**



فعندما يريد الفرد تحريك يده مثلاً فأن الأمر بالحركة يصدر من مركز الحركة في المخ إلى عضلة اليد عن طريق عصب الأطراف الموصلة بشكل إشارات (شحنات) **كهربائية فتصل إلى العضلة التي تتقلص بدورها وتقوم بالحركة المطلوبة.**

وبسبب الطبيعة الكهربائية للخلايا العصبية فقد يحدث أن تكون هناك خلايا عصبية متصلة فيما بينها تصدر إشارات كهربائية زائدة وغير منتظمة في أحد مراكز المخ، مما ينتج عنه نشاط غير طبيعي ينعكس كاضطراب مؤقت في وظيفة ذلك المركز من المخ، وهذا ما يعرف طبياً بالنوبة الصرعية (Epileptic Seizure).

أنواع النوبة الصرعية:

١- نوبة صرعية في أحد مراكز الإحساس: ينتج عنها إحساس غير واقعي كشم رائحة غريبة أو رؤية أضواء وألوان غير حقيقية أو الإحساس بالألم أو التنميل في جزء من الجسم.

٢- نوبة صرعية في أحد مراكز الحركة: ينتج عنها ما يسمى بالتشنج (Convulsion) حيث تكون حركة الأطراف عنيفة وقد يصاحب ذلك فقدان الوعي والسقوط على الأرض.

٣- نوبة صرعية في أحد مراكز السلوك أو نوبات الصرع النفسي الحركي (Psychomotor Epilepsy): لا يستجيب الشخص فيها للمثيرات البيئية وينتج عنها سلوك غير مبرر كالضحك من غير سبب أو الشعور بالخوف أو الألفة أو قد يجوب الغرفة جيئة وذهاباً فجأة أو قد يمزق ملابسه أو عمل حركات وظوبية مثل البلع والحك باليدين.

أو قد تصنف النوبات الصرعية حسب حدوث فقدان الوعي من عدمه إلى نوعين رئيسيين هما:

١- نوبات صرعية عامة **Generalized Seizures**:

وتسمى أيضاً نوبة الصرع الكبير وهي أكثر نوبات الصرع خطورة، حيث ينتشر فيها النشاط الصرعي ليشمل المخ كله ويفقد المصاب فيها وعيه بالكامل، ويسقط على الأرض، وتتراخى العضلات وقد يصاحبها حدوث تبول لا إرادي مع زيادة إفرازات اللعاب، وتدوم النوبة دقائق معدودة يستغرق المريض بعدها في نوم عميق.

٢- نوبات صرعية جزئية**Partial Seizures** :

وتسمى أيضاً نوبة الصرع الخفيف وهي التي يبقى فيها النشاط الصرعي محدوداً بمركز أو أكثر من مراكز المخ دون أن يشمل المخ كله، وتكون غير مصاحبة بفقدان الوعي أحياناً ، حيث يشحب لون المريض أوقد يفقد الوعي لثوان ولكنه لا يسقط أرضاً وهذه تحدث عموماً عند الأطفال.

المسببات:

١ - عوامل ذاتية:

معظم المصابين بالصرع لا يوجد عندهم أي مرض بالجهاز العصبي، وتكون الفحوصات الجسدية والمختبرية سليمة وتسمى هذه الحالة بالصرع الذاتي (Idiopathic Epilepsy)، وتشكل نسبة ٧٥% من حالات الصرع.

وتكون طبيعة بعض خلايا المخ في هذه الحالات ذات قابلية أو استعداد صرعي أكبر من المعدل الطبيعي دون وجود سبب مباشر.

٢ - عوامل مكتسبة (Acquired):

وهي العوامل التي تؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ مسببة تليفها (Scaring) وتصل نسبة الإصابة إلى ٢٥% من حالات الصرع.

ومن هذه العوامل:

- نقص الأوكسجين والاختناق خاصة عند الأطفال أثناء الولادة.
- إصابات الدماغ بسبب الحوادث المختلفة (كحوادث الطرق).
- حدوث نزف في المخ أو تجلط في الأوعية الدموية في المخ.
- الإصابة بالتهابات المخ (Encephalitis).
- الإصابة بالتهابات السحايا (Meningitis).
- التشوهات الخلقية في أنسجة المخ.
- أورام المخ (Brain Tumors) وهي نادراً ما تكون سبباً لحالة الصرع.

التشخيص:

يعتمد الطبيب المعالج في التشخيص على:

١ - الوصف التفصيلي للنوبات الصرعية:

- من قبل الأقرباء أو الأصدقاء الذين شاهدوا حدوث النوبة الصرعية (خصوصا عند صغار السن).
- من قبل المصاب البالغ نفسه إذا لم تكن النوبة الصرعية قد سببت فقدان الوعي.

٢- إجراء تخطيط موجات المخ الكهربائية:

وهذا الفحص بذاته لا يشخص أو ينفي حالة الصرع، ولكنه ذو فائدة في تحديد نوع النوبات الصرعية وقد يساهم في تحديد نوع العلاج.

٣- إجراء فحوصات مختبرية:

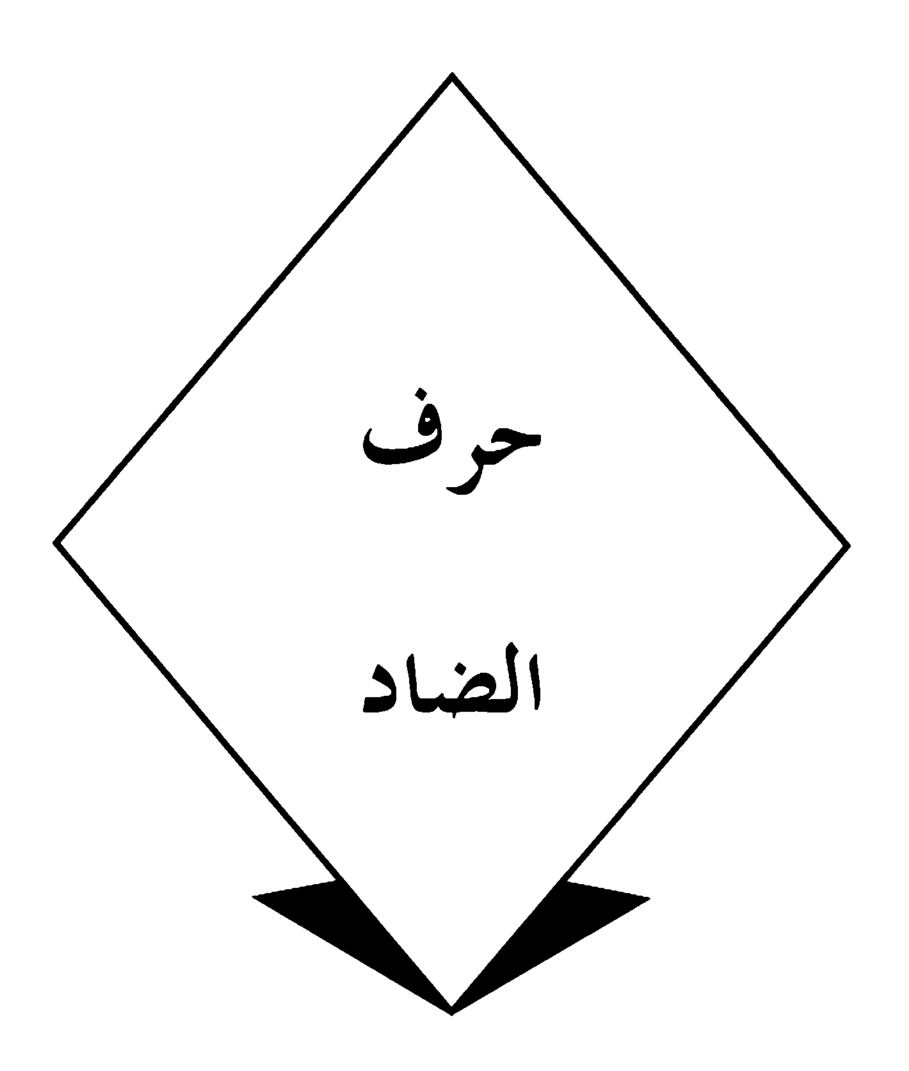
تجرى عادة بعض الفحوصات المختبرية كفحص الدم والإدرار لتقييم الوضع الصحي للمريض قبل بدء العلاج.

٤- فحص المخ بالأشعة:

وقد يستعين الطبيب المعالج بالأشعة المقطعية (C.T.Scan) أو أشعة الرنين المغناطيسي (MRI) لتقييم حالة المريض والتأكد من عدم وجود مرض مسبب للصرع إذا كان هناك شك في ذلك.

العلاج:

يعالج هذا المرض بإعطاء الأدوية المهدئة لنوبات الصرع مثل دواء الكاربامازبين (Carbamazepine) الذي يعرف تجارياً باسم (التكريتول) (Tegretol)، وفي حالات نادرة يمكن أن يعالج الصرع بالجراحة، وكلما كان العلاج مبكراً كلما كانت النتائج أفضل.


حرف
الضاد



ضيق النفس Shortness of Breath:

هو الشعور بعدم القدرة على أخذ نفس كامل سواء عند الجهد أو الراحة. ومن أهم الأعراض التي تستوجب مراجعة الطبيب هي:

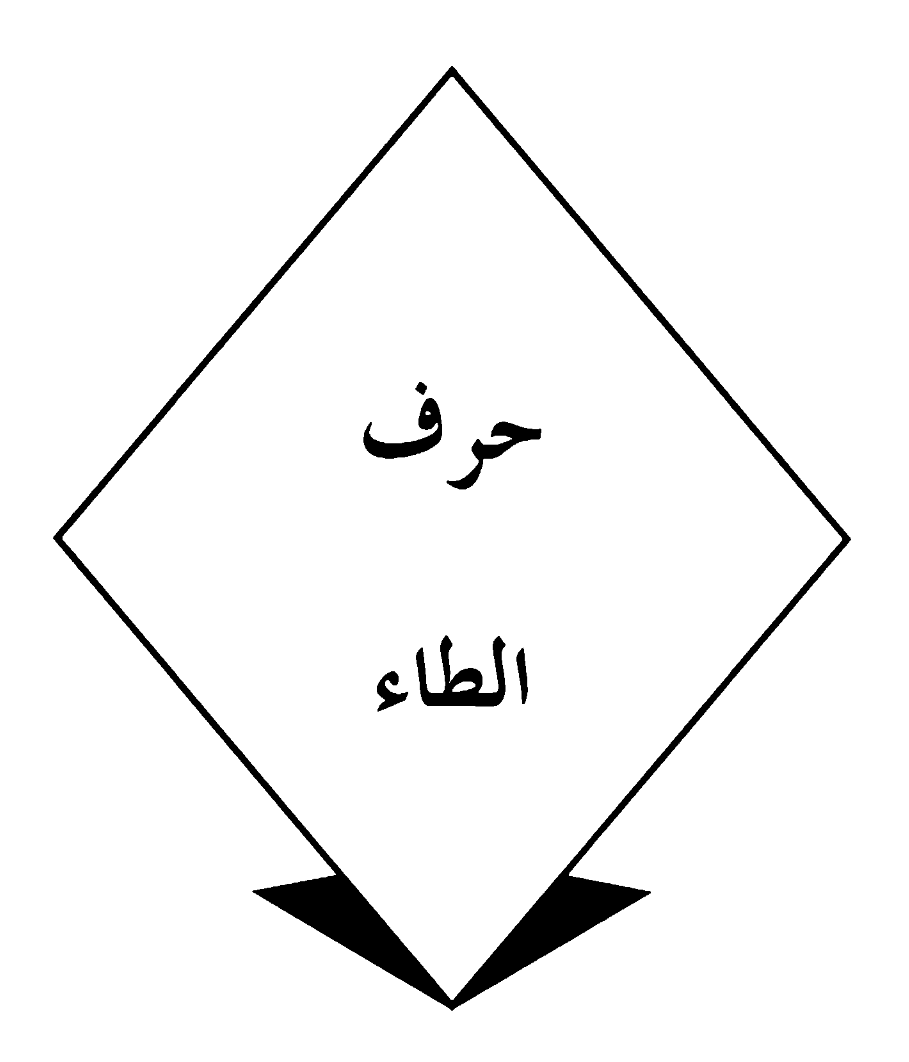
١- تسرع التنفس عند الراحة وبدون عامل نفسي.

٢- ضيق النفس الذي يأتي عند الجهد الخفيف أو المتوسط.

٣- ضيق النفس الذي يأتي على شكل إحساس بالاختناق.

٤- ضيق النفس الذي يوقظ الشخص من النوم.

٥- ضيق النفس الذي يأتي حين الاستلقاء على الظهر ويخف عند الجلوس.


حرف
الطاء



طاعون بشري Plague:

هو مرض حاد معد.

المسببات:

يتسبب الطاعون عن عدوى بميكروب يسمى باسيل الطاعون.

طرق العدوى:

الطاعون أصلاً مرض يصيب الحيوانات القارضة كالجرذان وتنتقل عدواه بواسطة لدغ البراغيث التي تعيش متطفلة على هذه الحيوانات، فعندما تلدغ البراغيث فأراً مصاباً بالطاعون تمتص قليلاً من دمه الملوث بميكروبات المرض وتصبح قادة على نقل العدوى إلى فأر سليم أو إلى الإنسان إذا لدغته.

الأنواع:

يظهر الطاعون الذي يصيب الإنسان في ثلاث صور:

- **الطاعون الدملي.**
- **الطاعون التسممي.**
- **الطاعون الرئوي.**

أعراض المرض:

تبدأ في الأنواع الثلاثة الأعراض التالية:

١ - ارتفاع درجة حرارة الجسم.

٢ - صداع وإعياء شديدين.

٣ - ثم تظهر أعراض تسممية تشمل:

- **احتقان الوجه والعينين.**
- **جفاف اللسان.**

- **يبدو المريض قلقاً مذعوراً وتنتابه هلوسة يعقبها غيبوبة قد تنتهي بالوفاة.**

وفي النوع الدملي يظهر في اليوم الثاني والثالث ورم التهابي بإحدى الغدد السطحية كالموجودة في الورك أو تحت الإبط أو في الرقبة، **ولذلك يسمى هذا النوع بالطاعون الدملي لأن الغدد الملتهبة يزداد حجمها وقد تتقيح أو تمتص حسب حالة المريض ودرجة مقاومته للمرض، وقد تسوء حالته فتتسرب الميكروبات إلى الرئتين محدثة فيهما التهاباً رئوياً، وهنا يعتبر التسمم والالتهاب الرئوي ثانوياً أو مضاعفاً للحالة الأصلية، وتبدأ الإصابة التسممية عندما تكون العدوى شديدة ومقاومة المريض ضعيفة.**

والطاعون الرئوي هو أخطر أنواع المرض على المريض ومخالطيه معاً، **لأنه ينتشر بواسطة الرذاذ المتطاير من فتحتي الفم والأنف عند سعال المريض، ونظراً لعدم وجود مناعة ضد العدوى بالطاعون فإن إصابة الإنسان بواسطة هواء الشهيق يحدث له التهاباً رئوياً مميتاً.**

والطاعون الرئوي هو النوع الوحيد الذي يمكن أن تنتقل عدواه من المصاب إلى السليم، **بعكس الطاعون الدملي والطاعون التسممي إذ يصاب الإنسان بواسطة لدغ برغوث فأر معد.**

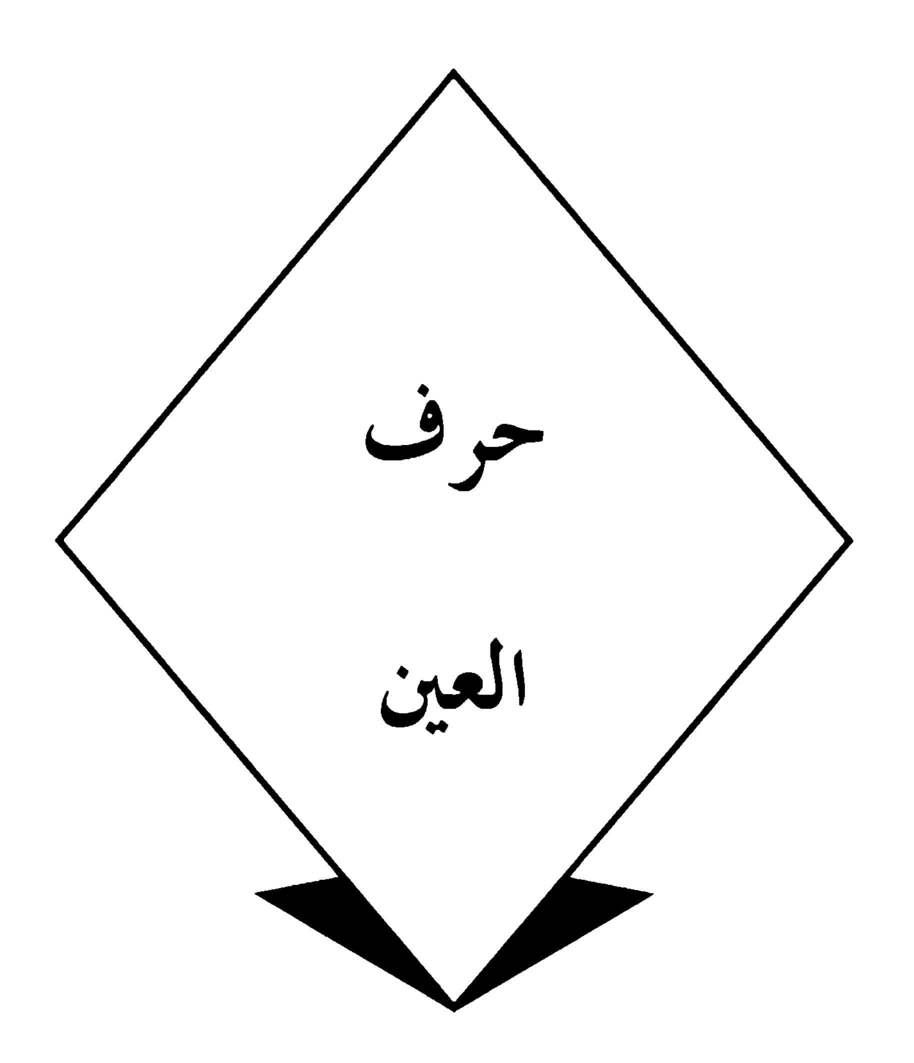
العلاج:

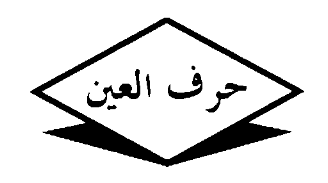
يعالج مرض الطاعون بمركبات السلفا وبعض مبيدات الجراثيم وخاصة في النوع الدملي، وتستعمل نفس العقاقير في وقاية الأشخاص المخالطين له والأشخاص المعرضين للعدوى.

طلوان Leukoplakia:

هو عبارة عن لطخات بيضاء لماعة ملتصقة بمخاطية اللسان خشنة الملمس وتشاهد على سطح وحواف اللسان وباطن الخدين (عند المدخنين غالباً).

ويتطور هذا المرض غالباً إلى ورم خبيث شائك الخلايا (سرطان وسفي) بنسبة (٦ – ١٠ %) وخاصة عندما يبدأ بالارتشاح والتثبت ويصيب باطن الخدين.


حرف
العين



عامل رايزي RH:

لقد تم اكتشاف هذا العامل من خلال حقن أرنب بكريات دم حمراء من قرد من نوع (Rhesus) وكانت استجابة الأرنب بأن تشكلت في دمه مادة أدت إلى تراص كريات الدم الحمراء للقرد، وعند أخذ مصل الدم من الأرنب المحقون بكريات دم القرد (Rhesus) الحمراء وأضيف إلى كريات دم حمراء للإنسان فإن ٨٥% من الحالات حدث فيها تراص لهذه الكريات، وقد أطلق على هذا النوع رايزوس موجب (+RH) والبلازما في هذه الحالة لا تحتوي على مضاد للرايزوس (Anti RH) بينما ١٥% من الحالات لم يحدث فيها تراص، وأطلق عليها (−RH) وكذلك ليس فيه (Anti RH).

وتتكون الأجسام المضادة للرايزوس (Anti Rh، Antibodies) في الدم إذا تم حقن دم (+RH) إلى دم (−Rh) ولهذا الدم (+Rh) لا يمكن حقنه إلا للأشخاص ذوي الدم (Rh^+) وإلا فإنه يتم تكوين أجسام مضادة للرايزوس (Rh) وعلى العكس فإن الدم (−Rh) يمكن حقنه للأشخاص ذوي الدم (−Rh) و (−Rh) وأهمية عامل (Rh) هي:

١- عند نقل الدم :(**Transfusion**)

يمكن للشخص ذو الرايزوس الموجب (Rh^+) أن يأخذ دم شخص من نفس فصيلة الدم، ولكن لا مانع أن يكون (+Rh) أو (−Rh).

أما الشخص ذو (−Rh) فلا يستطيع أن يأخذ إلا من شخص من نفس فصيلة دمه وذي (−Rh) وإذا أخذ من (Rh^+) فإنه يتشكل في البلازما مضاد للرايزوس (Anti Rh) وعند إعطائه مرة ثانية دماً (−Rh) فإن ذلك يؤدي إلى حدوث تراص، وقد يؤدي إلى الوفاة.

٢- في الحمل (**In Pregancy**):

إذا تزوجت امرأة ذات (−Rh) من رجل ذو (+Rh) فإذا كان الجنين (−Rh)

فلا يحدث أي ضرر، أما إذا كان الجنين (Rh+) فتعبر بعض الكريات الحمراء من الجنين عبر المشيمة إلى الأم، ثم يتكون في دمها (Anti Rh) ولكن الكمية لا تؤثر على الجنين الأول، أما إذا حملت الأم مرة ثانية وكان الجنين (Rh^+) فإن مضاد الرايزوس (Anti Rh) ينتقل من دمها عبر المشيمة إلى الجنين ويؤدي إلى تراص دمه فيولد الطفل وهو مصاب اليرقان وفقر الدم، وتدعى هذه الحالة (Erythroblastosis Foetalis)، يمكن أن تؤدي إلى وفاة الطفل إلا إذا تم تغيير دمه كلياً مباشرة بعد الولادة بدم من فصيلة (O) و (Rh−) سالب أي (O−) ولتلافي هذا التناقض في الرايزوس (Rh Incompatibility) في الجنين الثاني والثالث يجب فحص الأم والطفل بواسطة اختبار كومبس (Coombs) فإذا كان إيجابياً فإنه يجب إعطاء الأم (Anti D) أو (Anti Rh & Globulin) فهذا يبطل مفعول التراص (Antigen) القادم من الجنين ويحول دون تشكل أجسام مضادة (Anti Rh Antibodies) في دم الأم.

عدوى الأظافر الفطرية Onychomycosis :

تنتشر عدوى الأظافر الفطرية أو الفطار الظفري تحت الظفر، **حيث تتخذ الفطريات مكان إقامة لها في واحد أو اكثر من أظافر اليدين أو القدمين، وتسببها الفطريات الجلدية، وهي نفس عائلة الفطريات الموجودة في القوباء الحلقية وحكة الفارس وقدم الرياضي.**

وبالرغم من أن معظم الناس يكونون غير مدركين لوجود عدوى الأظافر الفطرية غير إنها مشكلة شائعة، **وقد بينت دراسات المسح الحديثة إنه في أي وقت معين، يكون ٣% تقريباً من السكان مصابين بعدوى الأظافر الفطرية، وأن المشكلة في ازدياد مستمر.**

المسببات:

ترتبط عدوى الأظافر الفطرية بمرض قدم الرياضي، وهو أكثر أنواع العدوى الفطرية شيوعاً، وتنتشر هذه العدوى بسهولة، حيث تلتقط من المناشف المشتركة والأرضيات الرطبة في غرف الاستحمام أو تغيير الملابس.

ومن المعتقد أن الفطريات التي تسبب مرض قدم الرياضي تنتقل إلى الأظافر، وهذا ما قد يفسر السبب في أن عدوى الفطريات تكون اكثر شيوعاً بكثير في أظافر القدمين منها في أظافر اليدين.

أعراض المرض:

قد تصعب ملاحظة عدوى الأظافر في مرحلة مبكرة من الإصابة، خاصة إذا كانت الإصابة في ظفر واحد فقط، وتحتل الفطريات مكاناً تحت طرف الظفر أو في جانبه ولا تسبب ألماً.

ويبدأ سمك الظفر في البداية في الازدياد ويتغير لونه وتظهر به بقع بيضاء أو مائلة للاصفرار، وبالتدريج يصبح الظفر ليناً وداكناً وسهل التفتت وتدخل الأوساخ والهواء فيه من خلال الشقوق، وفي النهاية قد يتحلل الظفر (أو الأظافر) أو يطرح بالكامل.

بالرغم من أن عدوى الأظافر الفطرية ليست خطرة ولكنها قد تسبب تشوهاً أو تؤدي إلى مضاعفات مؤلمة، وعندما تكون إصابة الأظافر شديدة فإنها تصبح معرضة لخطر الإصابة بالعدوى الجرثومية الثانوية التي يمكن أن تسبب ألماً حاداً، وعندما يتم طرح أحد الأظافر ينمو الظفر الجديد مشوهاً، كذلك يمكن أن يسبب مشاكل عند لبس الأحذية لأن أصابع القدم تفقد أظافرها الواقية وتصبح حساسة للضغط.

يجب أن ينظر إلى عدوى الأظافر الفطرية نظرة جدية إذا أنها بتركها دون علاج، تعتبر مستودعاً للعدوى فتصيب أشخاصاً اكثر.

عرف الديك Condyloma Acuminatum:

هو ورم ثؤولي مؤنف وهو عبارة عن تورمات تظهر على شكل حبيبات صغيرة، تكون متجمعة على شكل يشبه شكل زهرة (القرنبيط).

المسببات:

- حدوث عدوى فايروسية تحصل عادة بواسطة الاتصال الجنسي (ونادراً ما تحصل عن طريق اللمس).
- عدم النظافة.

فترة الحضانة:

تمتد فترة حضانة الفايروس من لحظة التقاط المرض وحتى ظهور الأعراض وهي تقريباً ثلاثة أشهر.

أعراض المرض:

غالباً ما تظهر الإصابة عند معظم النساء في الأعضاء التناسلية على الشفرين، وتكون بشكل ثآليل متجمعة، كما تقع أيضاً في داخل المهبل وتكون على شكل زوائد لحمية.

وتمتد هذه التورمات أحياناً إلى الداخل فتصيب عنق الرحم أو قد تغطي قسماً كبيراً من الأعضاء التناسلية الخارجية، وتسبب حكة مزعجة في تلك المنطقة، وقد تبدو هذه التورمات بشكل قبيح وتكون أحياناً مملوءة بسائل يمكن أن ينزف عند الاحتقان.

سير المرض:

إن أسوأ ما في هذا المرض هو إمكانية تطوره إلى أورام خبيثة بمرور الوقت إذا لم يتم علاجه بسرعة وهذا ما يدعو إلى وجوب المباشرة الفورية للبدء في العلاج الذي يجب أن يتم بعناية فائقة.

العلاج:

يعتمد علاج هذه الحالة على إزالة السوائل الملوثة التي تصطحب هذه الثآليل عادة، والمحافظة الشديدة على نظافة الأعضاء التناسلية والمحافظة على بقائها جافة وباردة.

ويعطى المريض عادة (حامض ثالث الكلورايد) ويكرر استعماله، أما إذا عاود هذا المرض الرجال مراراً فمن الأفضل إجراء عملية الختان لهم تجنباً لاستمرار المعالجة إلى ما لا نهاية.

وقد يلجأ بعض الأطباء إلى إزالة هذه الثآليل بطريقة الكي الكهربائي (Electrocoagulation)، ويتم ذلك تحت التخدير الموضعي أو التخدير العام حسب حجم تلك الأورام.

عسر الهضم **Indigestion**:

يحدث عسر الهضم نتيجة لتناول الشخص كمية من الطعام أكثر من الحد الطبيعي لاستيعاب المعدة مما يتعسر معه قيام المعدة بالتقلصات التي تساعد على هضم الطعام ومزجه بالعصارات المعدية.

أعراض المرض:

١- **الإحساس بالضيق والألم في الجزء العلوي من البطن** (Abdomen).

٢- **فقدان الشهية** (Anorexia).

٣- **التقيؤ** (Vomiting).

٤- **الإحساس بالإعياء والغثيان** (Nausea).

٥- **الشعور بحرقة خلف عظم القص يسمى حرقان القلب** (Heartburn) **ويكون الألم شديداً في أحيان كثيرة.**

٦- **الشعور بانتفاخ البطن والامتلاء ويكون مصحوبا بالغازات وأحيانا بالإسهال.**

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال العلامات والأعراض التي يشكو منها المريض.

العلاج :

تختفي جميع الأعراض تقريباً خلال يوم واحد دون استعمال أي دواء غير أن الكثير من الأشخاص يحاولون تعجيل أمر شفائهم من خلال تناولهم الأنواع المختلفة من الأملاح المهضّمة والأدوية المضادة للحموضة وقد يشعر بعضهم بأن مثل هذه الأدوية تزيد حالتهم سوءاً.

عقبول بسيط **Herpes Simplex**:

الهربس أو العقبول البسيط أو الحلأ البسيط ويسمى أيضاً (تقبيلة السخونة) **أو** (لطمة الحمى) **هو مرض جلدي معروف منذ القدم، وعدد المصابين به قليل إذا قورن بأمراض أخرى مثل مرض القوباء** impetigo **أو الأمراض الفطرية** fungal diseases **أو أمراض الحساسية** allergic diseases **ولكن مصدر الإزعاج في**

مرض العقبول البسيط هو ازدياد عدد الحالات التي تتعرض للإصابة أو الحاملة للفايروس التي قدرتها بعض الدول بحوالي ٦٠-٩٠% من عدد السكان وذلك بمعايرة الأجسام الضدية Specific antibodies في مصل البشر.

الأنواع:

١- النموذج الأول: تظهر الأعراض المرضية الجلدية في النصف العلوي من الجسم حيث تقع الإصابة غالباً على الشفتين أو على الوجه عموماً.

٢- النموذج الثاني: تظهر الأعراض المرضية الجلدية في النصف السفلي من الجسم وخاصة في الأعضاء التناسلية في الجنسين وتسمى عند ذلك بالعقبول التناسلي، وقد تقع في أي مكان آخر من الجلد.

العدوى:

تحدث العدوى بهذا المرض نتيجة الملامسة المباشرة direct contact في الدرجة الأولى أو عن طريق التعرض للرذاذ الحامل لهذا الفيروس droplet infection وعند التعرض للإصابة قد تحدث أعراض مرضية ظاهرة أو قد تكون من البساطة دون أعراض تذكر أو تلفت انتباه المريض.

وتكون الإصابة بالعقبول البسيط نوعان:

١- الإصابة البدئية primary infection:

قد يمر المرض دون ظهور أعراض مرضية تلفت الانتباه إليها في معظم الحالات، وتتكون خلال هذه المرحلة الأجسام الضدية الخاصة، ولكن في حالات أخرى قد يظهر المرض بحالة شديدة ويكون مصحوباً بارتفاع في درجة الحرارة ويظهر الطفح على الجلد والأغشية المخاطية في الفم والعين أو أي مكان آخر بالجسم.

٢- الإصابة الثانوية المعاودة recurrent secondary infection :

بعد الإصابة البدئية للشخص سواء كانت مصحوبة بأعراض مرضية ظاهرة أو مرت بدون أعراض مرضية، قد تمر الأيام بعد ذلك بل العمر بأكمله دون أن يتعرض هذا الشخص لأي ظواهر مرضية خاصة بهذا المرض، بالرغم من أنه حامل للفايروس نتيجة الإصابة البدئية، ولكن بجانب هذا يوجد نسبة من الأشخاص الذين سبق

لهم التعرض للإصابة البدئية، تعاودهم أعراض المرض بين وقت وآخر مسببة إزعاجاً وخاصة إذا كانت الإصابة في نفس المكان وعلى فترات متقاربة وهذا ما يعرف باسم الإصابة الثانوية المعاودة.

المسببات:

ينجم عن الإصابة بحمة راشحة (فايروس) من نوع HSV١، ويظهر غالباً في بداية الأمراض الالتهابية أو في نهايتها مثل حمى الملاريا، الأنفلونزا، الالتهابات الرئوية، النزلات الشعبية والبردية، التهاب اللوزتين، ويعتبره البعض داء حموياً مستقلاً بذاته ينتهي بالاندفاع الجلدي. وهناك بعض الأشخاص قد يصابون بمرض العقبول البسيط عند التعرض لأشعة الشمس أو تناول أنواع معينة من الأطعمة أو عند التعرض للإجهاد العصبي أو الضغط النفسي، وفي بعض الإناث قد يصاحب فترة الطمث ظهور هذا المرض.

وقد ثبت أيضا أن مرض العقبول البسيط قد يصحب الحالات المرضية التي يتعرض فيها الجهاز المناعي للجسم immune system لأي خلل أو إرباك كما في حالة الأمراض السرطانية وأمراض النسيج الضام connective tissue diseases، ولكن رغم هذه العوامل فهناك بعض الأشخاص قد تظهر عليهم الأعراض دون أي سبب ظاهر.

أعراض المرض:

- ظهور مجموعة من الحويصلات الرائقة المتجمعة مع بعضها.
- الإحساس بالوخز أو الحرق.
- تجف الحويصلات بعد ذلك مخلفة قشرة تسقط دون أن تخلف أثراً ما.

العلاج:

يشفى العقبول تلقائيا خلال بضعة أيام، ويمكن استعمال بعض المواد المطهرة مثل الصبغات الملونة أو المراهم المطهرة، وتعتبر الحالات الناكسة منه معاندة للعلاج، وتعطى فيها الأدوية المقوية العامة، بالإضافة إلى الغاماكلوبيولين واللقاح الخاص بها.

عقد Nodules:

هي علامات التهابية غير مجوفة مرتفعة عن مستوى سطح الجلد وهذه العقد لا تتقرح إلا في حالات نادرة، ولا تترك بعد شفائها ندبة مثل عقدة الحمامي (Erythema Nodosum).

عقم Infertility:

هو عدم قدرة الزوجين أو أحدهما على الإنجاب وقد يكون كل من الرجل والمرأة قادراً على الإنجاب مع شريك مختلف، وقد يكون عدم الخصوبة مؤقتاً ومن الممكن علاجه كما يمكن أن يكون مستديماً ويسمى عدم الخصوبة المستديم عقماً.

المسببات:

قد تكون عدم الخصوبة بسبب تطورات غير عادية أو وظيفة غير عادية أو مرض يصيب الجهاز التناسلي، وفي بعض الأحيان يمكن إرجاع سبب الحالة إلى وجود خلل معين لدى الرجل أو المرأة، ولكن في معظم الحالات تنجم حالة عدم الخصوبة عن عدد من الأسباب تشمل كلا الطرفين، ويرجع السبب في خمس حالات عدم الخصوبة إلى اعتلال الرجل وفي هذه الحالات تكشف التحاليل المختبرية للسائل المنوي للرجل عن غياب الحيوانات المنوية (النطف) أو قلة عددها أو أن نسبة عالية منها لا تعمل بصورة طبيعية ويمكن في هذه الحالة تشخيص خلل غدي أو عدوى، أما بالنسبة للمرأة فيكون السبب الرئيسي لديها في ثلاثة أخماس حالات عدم الخصوبة، ويشمل نحو نصف هذه الحالات انسداد قناتي فالوب لدى المرأة، وهاتان القناتان تنقلان البيوض من المبيضين إلى الرحم، ويحدث الإخصاب عادة في واحدة من هاتين القناتين، فإذا حصل انسداد في قناتي فالوب فإنه يحول دون دخول البيوض إلى الرحم، ويحدث مثل هذا الانسداد عادة نتيجةً لعدوى بالأمراض التناسلية.

أعراض المرض:

تشمل أعراض هذا المرض عدم قدرة الزوجين على الإنجاب.

العلاج:

يمكن في الغالب علاج عدم الخصوبة الناجم عن علل تركيبية في جهاز التناسل مثل انسداد قناتي فالوب عن طريق الجراحة، ويستخدم الأطباء المضادات الحيوية لعلاج عدوى جهاز التناسل، ومن الممكن أن يؤدي العلاج بالهرمونات إلى القضاء على عدم أداء الغدد لوظائفها بصورة سليمة، كما طور العلماء طريقة تسمى التلقيح الصناعي وهي حقن سائل الرجل المنوي في رحم المرأة ويمكن أخذ السائل المنوي من الزوج وفق تقنية تسمى التلقيح في الأنابيب حيث تنقل البيوض من رحم الزوجة وتلقح في المختبر بالسائل المنوي المأخوذ من زوجها وتدخل البيوض الملقحة بعد ذلك في رحم المرأة حيث يمكن أن تتطور واحدة أو أكثر منها لتصبح جنيناً عادياً ويسمى الأطفال الذين يولدون نتيجة لعملية التلقيح في الأنابيب أطفال الأنابيب.

عمى الألوان Colour Blindness:

يبصر الإنسان الأشياء من حوله بوقوع الضوء عليها وانعكاسه إلى العين فيقع على الشبكية التي تحول طاقة الضوء إلى إشارات كهربائية تعبر إلى المخ عن طريق العصب البصري والذي بدوره يترجمها إلى ما يراه الإنسان من حوله وبالألوان، ويوجد في شبكية العين نوعان من المستقبلات:

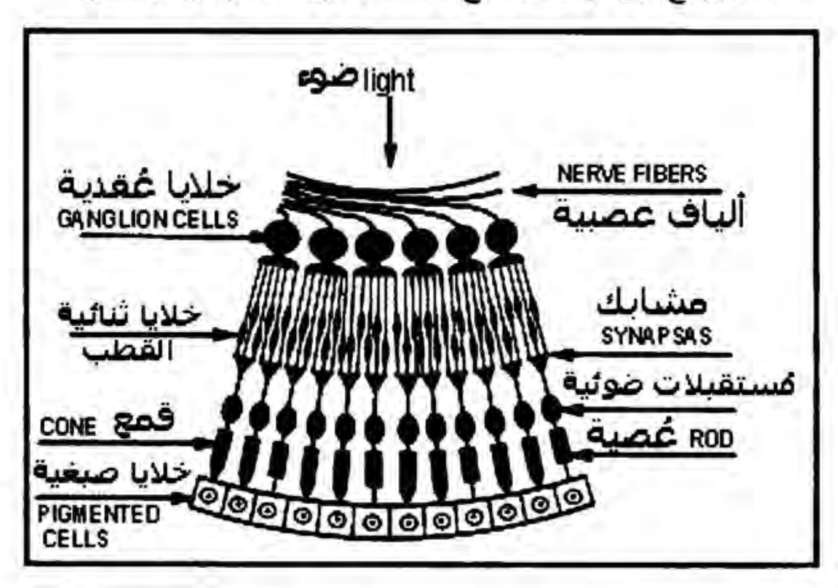
١- العصيات Rods: وهي مسؤولة عن البصر الأبيض والأسود وتستخدم أكثر في الظلام.

٢- الأقماع Cones: وهي مسؤولة عن البصر بالألوان أو رؤية وتمييز الألوان عن بعضها البعض، والقمع إما أن يحتوي على صبغة حساسة للون الأزرق أو الأحمر أو الأخضر، ويمتص موجات الضوء ذات طول معين، فالأقماع التي تمتص موجات الضوء القصيرة تمتص الضوء الأزرق (تميز اللون الأزرق) والأقماع التي تمتص موجات الضوء المتوسطة تمتص الضوء الأخضر (تميز اللون الأخضر)، والتي تمتص موجات الضوء الطويلة تمتص الضوء الأحمر (تميز اللون الأحمر) وهكذا.

والألوان الأساسية التي تتكون منها جميع الألوان هي الأزرق والأحمر والأخضر، وعند إثارة تركيبات مختلفة من هذه الأقماع فإننا نرى الألوان باختلافها وتنوعها من حولنا.

وعمى الألوان (achromatopsia) هو عدم القدرة على رؤية بعض الألوان والتمييز بينها أو عدم القدرة الكاملة على رؤية أي لون، وينتج عن نقص في إحدى أنواع الأقماع أو غيابها جميعاً، وهناك ٣ أنواع من عمى الألوان وهي الأكثر شيوعاً:

١- عمى الألوان الأحمر- الأخضر Colour Blindness Red-Green وهو الأكثر حدوثاً بين الناس، ويصيب ٨% تقريباً من الرجال وأقل من ١% من النساء، وينتج عن غياب الأقماع الحساسة للون الأحمر أو الأخضر.



تركيب شبكية العين في الإنسان تبدو العصيات والأقماع

٢- عمى الألوان الأزرق- الأصفر Colour Blindness navy-Yellow وينتج عن غياب الأقماع الحساسة للون الأزرق وهو نادر الحدوث.

٣- عمى الألوان الكامل Blindness Total Colour وينتج عن غياب الأقماع

تماماً من حيث تحتوي شبكية العين على العصيات فقط، فالمصاب لا يرى سوى بالأبيض والأسود وهو مرض نادر جداً.

إن عمى الألوان هو مرض وراثي، ينتقل عن طريق الصبغات الوراثية (الكروموسومات) Chromosomes، وينتقل عن طريق الصبغة الوراثية الجنسية Sex Chromosomes بصفة وراثية متنحية Sex Linked Recessive، ولهذا السبب فإنه يصيب الرجال أكثر من النساء، لأن التركيبة الكروموسومية للذكر هي XY والتركيبة الكروموسومية للمرأة هي XX، وينتقل المرض عن طريق الكروموسوم X بصفة متنحية واحتمال اتحاد كروموسومين X مصابين بالمرض ضئيل جداً مما يؤدي إلى إصابة الرجال أكثر من النساء.

أعراض المرض:

يشكو المريض من عدم القدرة على رؤية بعض الألوان أو التمييز بينها.

التشخيص:

يكون التشخيص من الأعراض، وباستخدام اختبار إشيهارا Ishihara Test الذي يتضمن عرض أرقام مكونة من بقع ملونة بألوان مختلفة في لوحات تحتوي على بقع ملونة وقياس قدرة الشخص على تمييز وقراءة الرقم من بين هذه البقع.

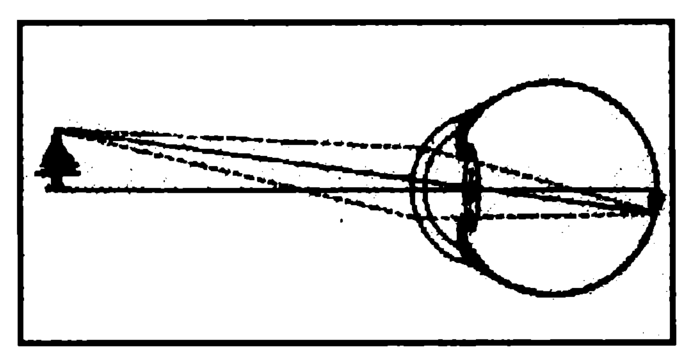
العلاج:

بما أن هذه الحالة وراثية وتنتج عن غياب الأقماع المسؤولة عن البصر بالألوان من شبكية العين، لذلك لا يوجد علاج لعمى الألوان حتى يومنا هذا.

عيوب الإنكسار الضوئي Refractive Errors:

الرؤية الطبيعية:

لكي ترى العين الأجسام بوضوح لا بد من تمركز الأشعة المنعكسة من تلك الأجسام على شبكية العين (منطقة البقعة الصفراء Macula من الشبكية)، وهذا يتم عن طريق انكسار أشعة الأجسام عبر القرنية وعدسة العين وتجمعها على الشبكية، ولكن يعاني بعض الأشخاص من عيوب في هذه الوظيفة الطبيعية التي تقوم بها العين مما يسبب قصر النظر أو بعد النظر أو اللابؤرية (استكماتزم) أو قصو البصر.



عيوب القلب:

١- النوبة القلبية:

تحدث عندما تسد خثرة دموية الشريان التاجي وتؤدي إلى تعطل العضلة التي تغذي الشريان المسدود، وكذلك الترسبات التي تحدث في الشريان التاجي وتؤدي إلى انسداد الشريان.

أعراضها:

يعاني كثير من الناس الذبحة الصدرية قبل حدوث النوبة القلبية ويشعرون بدوار وسوء هضم وألم حاد في الصدر وبعض الأعراض الأخرى.

التشخيص:

يتم إجراء رسم وتخطيط للقلب للتأكد من أن المريض يعاني فعلاً من نوبة قلبية وليس مجرد ألم في الصدر، إذ أن عضلة القلب المصابة تحدث موجات غير عادية في رسم القلب التخطيطي كما يتم إجراء بعض التحاليل الطبية للدم، وهذه التحاليل لا تجرى إلا بعد مرور ست ساعات على النوبة القلبية، وكذلك يتم مراقبة أي مضاعفات مثل هبوط القلب واللانظمية في وحدة العناية المركزة في المستشفى، فقد يحدث هبوط القلب عندما لا يضخ القلب كمية كافية من الدم إلى الجسم نتيجة لتلف بالغ في عضلة القلب.

العلاج:

يمكن علاج النوبة القلبية بمعالجة حالة الذبحة الصدرية وإعطاء المريض

مهدئ ومراقبة الحالة العامة للمريض بدقة، وفي حالة اللانظمية وهو الرجفان البطيني (عندما ترسل إشارات كهربائية من البطين بغير انتظام) **وقد ينتج إيقاع القلب غير الفعال والموت المفاجئ عن الرجفان البطيني.**

وتعالج اللانظمية بإعطاء المريض الأدوية التي تنظم عمل القلب كالأندرال (Anderal).

٢- التشوهات الخلقية (الولادية):

أحياناً يولد الطفل وبه بعض التشوهات الولادية التي تحدث مع تكون القلب، تكون بعضها بسيطة لا تؤثر على حياة المصاب، وتكون بعضها حادة قد تؤدي إلى الوفاة، ومن هذه التشوهات:

- **لغط القلب.**
- **الفتحات الشاذة في القلب.**
- **التشوهات الحاجزية** (وهي ثقوب الحاجز).

العلاج:

هناك ثلاث طرق لإصلاح عيوب القلب:

١- **تعدل التشوهات الحاجزية جراحياً وذلك بخياطة أطراف الثقب معاً.**

٢- **يتم ترقيع الثقب الكبير بنسيج صناعي.**

٣- **يتم إزالة صمامات القلب التالفة واستبدالها بصمامات الكرة القفص** (وهو نوع من الصمامات يحتوي على قفص من الفولاذ يحيط بكرة مصنوعة من كربون معالج حرارياً).

وهناك نوع آخر من الصمامات المستبدلة من قلوب بعض الحيوانات وهو يعمل تماماً مثل صمام قلب الإنسان، وذلك بأن يقوم الجراح بعمل غرز خياطية في الصمام الصناعي ويضعه في المكان الصحيح ومن ثم يخيطه مع القلب.

٣- التهابات القلب:

يمكن أن تصيب أماكن مختلفة من القلب وتشمل الورم وارتفاع الحرارة والألم مثل:

١- **التهاب التأمور (النخاب): يصيب غشاء التأمور وهو الحجاب الواقي الذي يحيط بالقلب وقد ينتج عن هذا الالتهاب عدة أمراض مثل الأمراض المعدية والتهاب المفاصل أو الفشل الكلوي وقد يسبب تجميع السوائل تحته كما أنه إذا تجمعت كمية كبيرة من السوائل فإن التأمور يضغط على القلب ويمنعه من ضخ كمية كافية من الدم للجسم. وقد يتلف تكرار الالتهاب غشاء التأمور ويضغط على القلب ويزيل الأطباء النسيج التالف في حالة حدوثه.** (أنظر التهاب غشاء التأمور)

٢- التهاب الشغاف البكتيري: **وهو التهاب يحدث عندما تدخل البكتيريا مجرى الدم عن طريق بعض أعضاء الجسم حيث تتكاثر هذه البكتيريا، وقد تصيب القلب، ويقاوم جهاز المناعة العام في معظم الحالات هذه البكتيريا ويدمرها ولكن قد تتجمع هذه البكتيريا على الصمام المصاب عند مرضى الصمام وتتكاثر مسببة مرضه، ويكون هذا المرض قاتلاً إذا لم يتم علاجه.**

٤- **هبوط القلب:**

وهو نوع من اضطرابات القلب لا يستطيع القلب فيه ضخ الدم بكفاية، وأي مرض يعوق القلب عن إيصال الدم للجسم قد يسبب هذه الحالة، وتنتج معظم حالات هبوط القلب عن:

- **مرض الشرايين التاجية.**
- **اعتلال عضلة القلب.**
- **أمراض الصمامات.**
- **كذلك جريان الدم غير الكافي يسبب الإجهاد بالإضافة إلى أنه يجعل الدم يرجع إلى الرئة، ويسبب هذا الاحتقان قصوراً وصعوبة في التنفس.**

العلاج:

يعطى المريض أدوية القمعية وهي تقوي انقباض عضلات القلب ولهذا يزداد جريان الدم، كما يعطى بعض الأدوية الحديثة المسماة موسوعات الأوعية والتي تمنع محاولة الجسم الطبيعية غير المرغوب فيها لتضييق الشرايين عندما

يحدث هبوط القلب، وتساعد بعض هذه الأدوية على تمدد العضلات الملساء في جدران الشرايين، وإذا لم يتم التحكم في هبوط القلب بالأدوية تجرى عملية جراحية للمريض لتصحيح الخلل الذي أدى إلى الحالة، وإذا كان الخلل في القلب غير قابل للإصلاح ففي هذه الحالة تجرى عملية زراعة القلب، وفيها يستخرج قلب إنسان متوفي ويفضل قلب حي يدق مثل قلب إنسان أعلن عن موت دماغه ويزرع مكان قلب الإنسان المريض، ويوجد دائماً احتمال رفض جسم المريض لهذا القلب المزروع لأن الجسم يرفض بصورة طبيعية أي نسيج أو خلية أجنبية عنه ويتم التغلب على رفض الجسم للأعضاء الأجنبية باستعمال أدوية قوية وفعالة ولهذه الأدوية أعراض جانبية خطيرة.

٥- اضطرابات القلب:

وتشمل:

أ- **المرض الصمامي أو تضيق الصمام**: وهذا يؤدي إلى تقليل تدفق الدم عبر الصمام.

ب- القصور في بعض وظائف الصمامات.

ج- الحمى الروماتيزمية الذي يؤدي إلى التهاب خلايا الصمام وخاصة الصمام التاجي مسبباً رجوع الدم عبر الصمام، وعندما يعالج الالتهاب ويزول تظهر ندبات على الصمام مسببة ضيق الشرايين ورجوع الدم معاً.

أعراض أمراض الصمام:

- ضيق التنفس.
- التعب.
- السعال المتواصل.
- ألم في الصدر في بعض الأحيان.

التشخيص:

يشخص المرض الصمامي بتحديد لغط القلب الذي ينتج من جريان الدم غير المنتظم، ويؤدي إبطاء جريان الدم أو رجوعه في صمام ضيق إلى الجريان غير

المنتظم، وإذا زاد ضيق الصمام فإن ذلك يسبب هبوط القلب الاحتقاني، وفي هذه الحالة لا يستطيع القلب ضخ كمية كافية من الدم.

العلاج:

ويعالج هبوط القلب الاحتقاني بطرق مختلفة منها:

- الراحة التامة للمريض لفترات طويلة.
- التقليل من وزن المريض المصاب بالسمنة.
- يعطى المريض دواء القمعية أو أدوية أخرى موسعة للأوعية الدموية لتحسين قدرة القلب على ضخ الدم إلى الجسم.
- إذا فشلت كل طرق العلاج يلجأ إلى العلاج الجراحي لإصلاح أو استبدال الصمام التاجي المصاب بصمام شرياني كما يستخدم الجراحون عدة صمامات صناعية.

٦- نظم القلب غير الطبيعي:

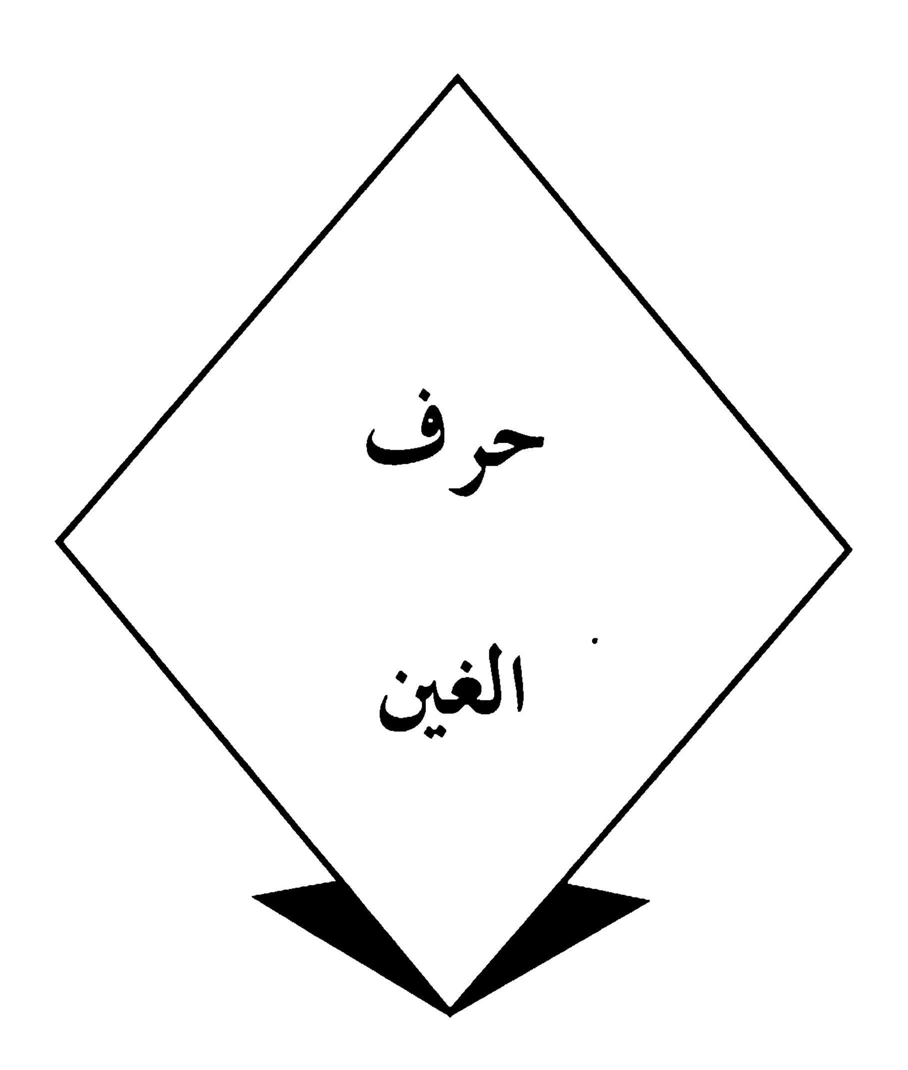
ويقصد به عدم انتظام دقات القلب وقد يكون غير مؤلم أو غير مؤثر وقد تؤدي اللانظمية إلى الموت، وتسمى اللانظمية أيضاً بطء القلب إذا كانت أقل من ٦٠ نبضة في الدقيقة وتسمى تسرع القلب إذا كانت أكثر من ١٠٠ نبضة في الدقيقة، كما أن بطء القلب ينتج عن استعمال أدوية تهدئ ناظمة القلب الطبيعية ويسمى إحصار القلب.

العلاج:

إذا لم يمكن علاجه بالأدوية المنظمة لضربات القلب فإن الأطباء يدخلون ناظمة صناعية إلكترونية قريباً من القلب وهو جهاز يعمل بالبطارية ويرسل إشارات كهربائية للقلب.

أما في حالة تسرع القلب عندما يكون هناك مرض يجعل البطين أو الأذين يرسل إشارات كهربائية سريعة ينتج عنه تسرع القلب الأذيني فيمكن علاجه نسبياً، ولكن تسرع القلب البطيني قد يؤدي إلى رجفان، وفي هذه الحالة تؤدي الانقباضات غير المنتظمة إلى الموت المفاجئ.

وهناك عدة أدوية تقلل من تسرع القلب وإذا فشلت هذه الأدوية في العمل على البطين فإن العلاج يكون بإدخال جهازاً خاصاً مشابهاً لناظمة القلب ليتغلب على الرجفان، ويسمى هذا الجهاز مزيل الرجفان وله قطب كهربائي يوضع على جانب القلب.


حرف
الغين



غثيان وتقيؤ Nausea &Vomiting:

غثيان Nausea:

هو الشعور بالحاجة إلى التقيؤ.

تقيؤ Vomiting:

هو خروج مكونات المعدة من الفم.

وهما عرضان يمكن حدوثهما متفرقين، ولكنهما يرتبطان ببعضهما ارتباطاً وثيقاً، وقد يكون الإحساس بالغثيان والتقيؤ متكرراً وقد يكون دائماً ومستمراً، ويحدث التقيؤ دائماً في ثلاث مراحل:

- **المرحلة الأولى: هي الشعور بالغثيان، ويعتبر الغثيان إنذاراً لحدوث التقيؤ في كثير من الأمراض.**
- **مرحلة الاستعداد للتقيؤ: حيث يرتفع الضغط الداخلي للبطن، ويأخذ المريض شهيقاً عميقاً استعداداً لقذف محتويات المعدة إلى الخارج.**
- **المرحلة الثالثة: وهي قذف محتويات المعدة إلى الخارج عن طريق الفم.**

المسببات:

تتعدد الأسباب المؤدية إلى حدوث الغثيان والتقيؤ وتختلف، ولكنها تؤدي إلى نفس التأثيرات، إذ إن المعدة يغذيها الجهاز العصبي ويتكون هذا الجهاز من جزئين هما الجهاز السمبثاوي والجهاز الباراسمبثاوي ويمثل الأخير العصب الحائر الذي يغذي عدة أعضاء حيوية في الجسم منها القلب والرئتين والمعدة والإثني عشري والأمعاء والحويصلة المرارية.

ويقع مركز هذا العصب في جذع المخ في قاع الجمجمة، وهو مركب من عدة مراكز صغيرة لكل منها وظيفة مختصة، ومن هذه المراكز المتخصصة مركز (للتقيؤ) ومركز (للغثيان)، وقد تؤثر على هذا المركز عدة عوامل منها ما هو في الجهاز

الهضمي أصلاً، ومنها ما هو خارج الجهاز الهضمي، مثل الجهاز العصبي نفسه أو جهاز التوازن في الأذنين أو في الدم وتركيبه الكيميائي.

لذلك تم تقسيم أسباب الغثيان والتقيؤ إلى قسمين أساسيين هما:

أ- أسباب في الجهاز الهضمي نفسه.

ب- أسباب خارج الجهاز الهضمي.

أ- أسباب في الجهاز الهضمي:

١- حدوث تهيج في الغشاء المبطن للمعدة أو التهابه التهاباً حاداً نتيجة للإصابة بالنزلة المعوية التي تنتج عن:

- التعرض لبعض البكتريا المعدية.
- تناول مادة مهيجة للغشاء المخاطي مثل بعض أنواع الأدوية ذات التأثيرات الجانبية، أو الكحول أو التدخين بكثرة، أو تناول بعض الأطعمة الحارقة (الحريفة).

٢- إصابة المعدة بالأمراض أهمها: القرحة المعدية المزمنة، أو في حالات نادرة سرطان المعدة.

٣- في حالات نادرة قد يكون التهاب المرارة الحاد أو المزمن سبباً للغثيان أو التقيؤ إلا إذا كان هناك نقص مراري مصاحب لهذا الالتهاب الحاد، وأي مغص في الأمعاء أو الحالبين قد يصاحبه الغثيان والتقيؤ.

ب- أسباب خارج الجهاز الهضمي:

١- **حدوث تغيرات في كيميائية الدم:** حيث يؤثر ذلك تأثيراً مباشراً على مركز التقيؤ وأهم أسباب هذه التغيرات هي:

- الفشل الكلوي الحاد أو المزمن.
- استعمال بعض المواد التي تغير كيميائية الدم.

٢- **الحمل:** حيث يسبب الحمل الغثيان والتقيؤ لدى معظم النساء الحوامل وخاصة في الأشهر الأولى منه، ولا يعرف السبب حتى الآن، ولكن يعتقد إن للتغيرات الهرمونية العديدة التي تحدث في جسم الأم الحامل والحالة النفسية للأم، لها دور في إحداث حالة الغثيان والتقيؤ.

٣- الألم: يسبب الشعور بالألم أحياناً في أي مكان من الجسم ولأي سبب قد يصاحبه إحساس بالغثيان والتقيؤ وذلك نتيجة للتأثير على مركز التقيؤ في المخ.

٤- أمراض الجهاز العصبي: إن وجود مركز التقيؤ في قاع المخ يجعله عرضة للتأثر بمختلف الأمراض العصبية مثل:

- زيادة ضغط الجمجمة نتيجة التعرض لحادث مثلاً.
- وجود أورام في المخ تضغط على الأعصاب وتسبب رفع الضغط داخل الجمجمة وتهيج مركز التقيؤ.
- اضطراب جهاز التوازن في الأذن الداخلية: يحدث نتيجة لوجود مرض في الرقبة أو في الفقرات العنقية، ويسبب الضغط على شريان الدم الذي يغذي المخيخ، فيحدث (عند النظر إلى الأعلى مثلاً) دوار يكون مصحوباً أحياناً بالغثيان والتقيؤ.
- أمراض التوازن في المخ والمخيخ.
- الإصابة بدوار البحر وكذلك بالدوار الحركي ويصاحبهما الشعور بالغثيان والتقيؤ.
- التوتر والقلق والاضطرابات النفسية: ويتميز هذا النوع بحدوث التقيؤ بشكل منتظم مثلاً في الصباح الباكر أو قبل الأقدام على عمل شاق.

التشخيص:

- إجراء الفحص السريري للمريض.
- الفحص بالأشعة السينية للمريء والمعدة والإثني عشري.
- الفحص بالمنظار للكشف عن أسباب المرض.
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار) لأعضاء الجهاز الهضمي العميقة وتشخيص حصاة المرارة وغيرها.

العلاج:

يتم العلاج من خلال معرفة السبب الرئيسي ومعالجته، وتحديد كمية السوائل المفقودة والأملاح والسكريات، وتعويضها للمريض بإعطائه السوائل المغذية عن طريق الوريد، وهناك بعض الأدوية التي يمكن إعطائها لوقف الشعور بالغثيان وتمنع التقيؤ.

غشاء خارج الرحم:

الرحم هو عضلة مجوفة مبطنة من الداخل بغشاء مخاطي، يرطبه هرمون الأوستروجين طيلة مدة نزول دم الحيض، **ثم يعمل هرمون البروجستيرون ابتداء من اليوم الرابع عشر لبدء الدورة وحتى نهايتها على تكوين البطانة الداخلية داخل الرحم.**

ويحدث أحياناً أن تنفصل أجزاء صغيرة من هذا الغشاء المخاطي وتتجمع خارج تجويف الرحم وتستقر على أعضاء أخرى داخل الحوض أي على كل من المبيضين أو حول الرحم بالذات، وعادة ما ينزف هذا الغشاء المخاطي الذي يبطن تجويف الرحم أثناء الدورة الشهرية وينساب الدم النازف مع دم الحيض الشهري إلى الخارج.

أعراض المرض:

- **تنساب أجزاء من الغشاء المخاطي الموجود خارج الرحم مع النزيف.**
- **الشعور بآلام في الأعضاء التي تتجمع عليها تلك الأجزاء،**
- **قد تشعر المرأة بأوجاع أثناء الجماع.**
- **قد تتسبب في عقم المرأة أحياناً.**

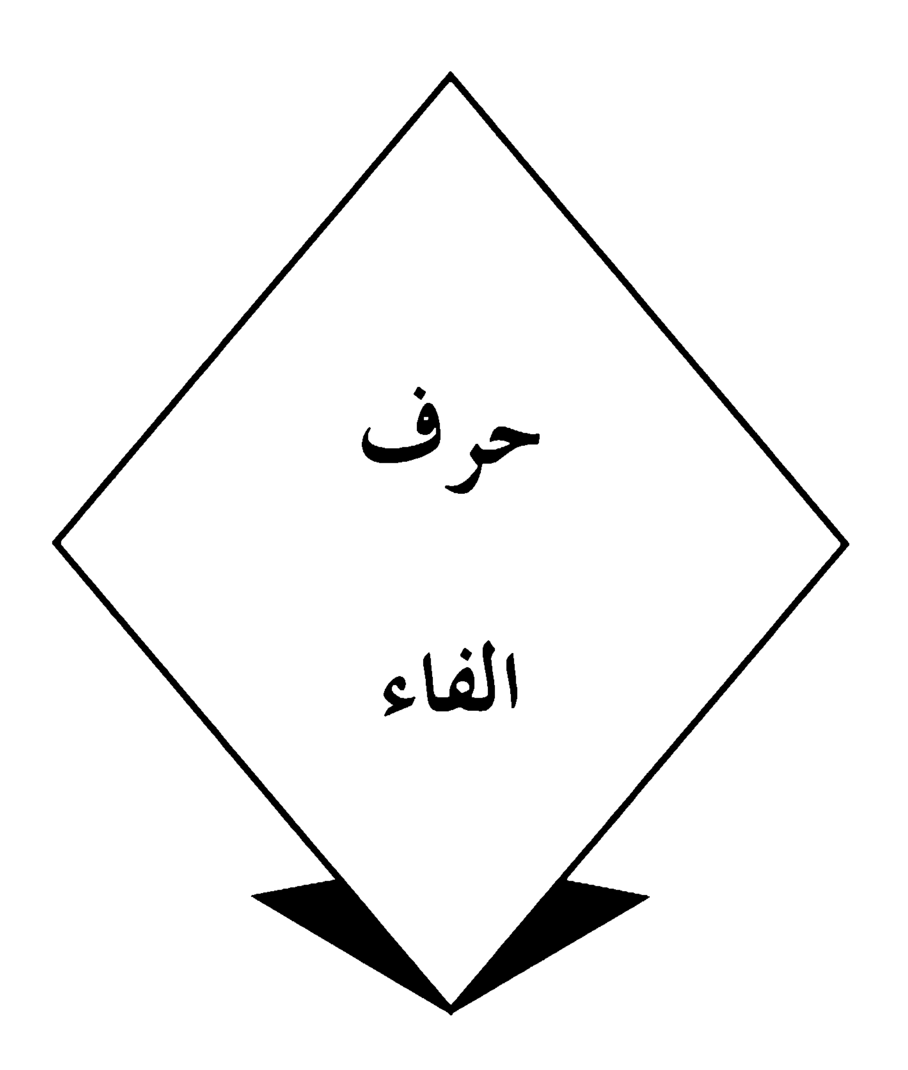
التشخيص:

يتم التشخيص من خلال إجراء الفحوصات الدقيقة التي يجريها الطبيب النسائي المختص بواسطة أدوات خاصة، بالإضافة إلى الفحوصات الإضافية الضرورية التي تبين التشخيص بوضوح.

العلاج:

يتم علاج هذه الحالة غالباً بواسطة إعطاء المرأة المصابة هرمون البروجستيرون الصناعي المركب، حيث تعطى كمية كافية من هذا الهرمون لمدة تستمر لعدة أشهر وبدون إجراء أي عملية جراحية، إلى أن يتم ضمور واختفاء العوامل المسببة لحدوث هذه الحالة.

وقد توصلت الأبحاث مؤخراً إلى اكتشاف هرمون يفرزه أحد أقسام الدماغ وقد تم استخدامه كعلاج هرموني جديد يوقف عمل المبيضين تماماً، ويمكنه القضاء على كل العوامل المسببة لهذه الحالة، وقد يتحتم في بعض الحالات الخاصة اللجوء إلى الجراحة لاستئصال هذه المسببات التي قد تؤلف عقدة شبيهة بعقدة الشجر على الأجهزة التناسلية والمعوية.


حرف
الفاء



فتق Hernia:

هو بروز جزء من الأمعاء أو الأحشاء الداخلية من خلال فتحة غير طبيعية في جدار البطن، ويسمى الفتق حسب الفتحة التي يمر من خلالها ومنها:

- **الفتق المغبني.**
- **الفتق الفخذي.**
- **الفتق الشرسوفي.**
- **الفتق السري.**

مكونات الفتق:

يتكون الفتق من الأجزاء التالية:

- **الكيس.**
- **جزء من الأحشاء.**
- **الجلد الخارجي.**

المسببات:

١- أسباب خلقية: **مثل بقاء القناة الإربية مفتوحة.**

٢- **بعد العمليات الجراحية: حدوث ضعف في الجدار البطني.**

٣- **ارتفاع الضغط داخل البطن مثل السعال المزمن أو الإمساك المزمن.**

٤- **أسباب مهنية مثل حمل الأشياء الثقيلة باستمرار.**

الأنواع:

١- **فتق** إربي **Ingninale Hernia** :

هو خروج الأحشاء الداخلية عند القناة الإربية (الفتحة الظاهرة) **والمنطقة من حولها وأغشية الخصية، وتكون محتويات البطن ضمن كيس يسمى كيس الفتق.**

ويحدث الفتق نتيجة لوجود فتحة في الألياف العضلية بين كيس الصفن وبين التجويف البطني، **حيث تسمح هذه الفتحة بمرور أحشاء البطن الداخلية إلى كيس الصفن، وينتج عن هذا الفتق حدوث تلف في الخصيتين بسبب الضغط الواقع عليهما من الأحشاء الداخلية.**

الأنواع:

١- النوع الخلقي: **هو الذي يظهر لدى الأطفال.**

٢- النوع المكتسب: **هو الذي يحدث لدى كبار السن بسبب وجود ضغط في جدار الأمعاء.**

أعراض المرض:

١- وجود بروز في المنطقة المغبنية ويلاحظ بوضوح في أثناء السعال أو العطاس.

٢- الشعور بألم في مكان الفتق.

المضاعفات:

١- حدوث الانسداد المعوي.

٢- اختناق الفتق

العلاج:

- عند الطفل:

يوضع رباط ضاغط لفترة معينة حتى يرتد الفتق إلى مكانه ولكن يفضل إجراء العلاج الجراحي.

- عند البالغين:

يكون العلاج جراحياً من خلال إجراء الجراحة واستئصال كيس الفتق ثم خياطة فتحة الفتق وتكون الخياطة على شكل شبكة لكي يمنع ارتداد الأحشاء الداخلية مرة أخرى.

فتق الفوهة الحجابية **Diaphragmatic Opening Hernias**:

وهو عبارة عن دخول جزء من المعدة عبر الفوهة المريئية وقد تمر المعدة بكاملها إلى الصدر، وهو الأكثر حدوثاً إذ تمثل ٩٠% من مجموع الحالات وتصيب النساء أكثر من الرجال وتحدث ما بين ٣٠-٥٠ من العمر.

وتصنف الفتوق الحجابية إلى:

أ- **فتوق بجانب المريء**: يبقى فيها الفؤاد في مكانها الطبيعي ولكن يمر الجزء السفلي من المعدة أيسر المريء وتشكل هذه الفتوق ١٠% من الحالات.

ب- **الفتوق الحجابية المعدية المريئية**: وهي أكثر الفتوق حدوثاً إذ تحدث في ٩٠% من الحالات، ويكون فيها القسم العلوي من المعدة مع الفتحة الفؤادية قد اجتازا الفوهة الحجابية أو عنق الفتق، وتختلف من حيث الفتحة ويكثر بجانبها الصمامات الوريدية الدقيقة.

أما غشاء البريتون فيغطي الفتق بجانب المريء مشكلاً كيساً له ولكنه لا يرافق الفتوق الحجابية المعدية المريئية.

المسببات:

١- **اتساع الفوهة المريئية الحجابية**: وهو أحد الأسباب الأساسية في تكوين الفتوق الحجابية، وكذلك نقص العناصر المثبتة للمعدة، وهي مجهولة السبب، فقد يكون حدوثه لأسباب ولادية مثل انعدام إحدى الحزم أو عدم تصالبها، وتكون هذه الحزم في أغلب الحالات موجودة ولكنها ضامرة أو قد تكون مغطاة بالشحوم كما في البدينين، وقد تكون واهنة فقط.

٢- **فرط التوتر داخل البطن** كالأورام البطنية والحمل والحزام البطني وحركات الانحناء والتمدد.

٣- **الاستنشاق الصدري** بسبب فرق الضغط ما بين الناحية فوق الحجابية وتحت الحجابية.

٤- **البدانة**: تؤدي إلى حدوث وهن في الطبقة العضلية الصفاقية.

أعراض المرض:

١-**الاضطرابات الهضمية، وتشمل:**

- الآلام: **تحدث آلام في القسم العلوي من البطن وتنتشر إلى الأعلى والأمام خلف عظم القص نحو أسفل العنق أو للخلف بين الكتفين وأعلى الفقرات الظهرية وإلى الجهة اليسرى غالباً وتختلف هذه الآلام في شدتها ونوعها.**

- التجشؤ: وهي تشير إلى نهاية نوبة الألم، حيث يشعر المريض بعدها بالراحة.
- الإحساس بالحرقة والحموضة: ويشكل مع الألم العوامل الأساسية الدالة على الفتق وقد تصل الإفرازات إلى الفم وتكون حامضة وقد تحتوي على بقايا طعامية وخاصة عند تبديل وضعية الجسم.

وينتشر هذا الإحساس في منطقة المعدة إلى خلف القص، ثم تعود الإفرازات المعدية الحامضية إلى المريء، وهذه الأعراض تزداد بعد الأكل وبالانحناء، وتظهر خصوصاً عند النوم بعد الأكل مباشرة، ويحدث أثناء النوم أيضاً عودة الإفرازات المعدية من المريء ودخولها إلى الممرات التنفسية مسبباً التهاب الرئة (ذات رئة استنشاقية).

- عسرة البلع: وهي عسرة بلع سفلية تقع في الناحية السفلية من عظم القص بسبب حدوث التهاب في أسفل المريء، ناتج عن ارتداد الإفرازات المعدية الحامضية إلى المريء بشكل مستمر ويؤدي هذا الالتهاب إلى تضيق المريء وبالتالي حدوث عسرة بلع مستمرة عند المريض.

وقد تقتصر علامات وأعراض الفتق الحجابي على اضطرابات وظيفية قليلة الأهمية مثل الغثيان وانتفاخ البطن بعد تناول الطعام أو على نوبات من الفواق المتكرر.

٢- الاضطرابات الصدرية:

- حدوث إصابة جنبية رئوية: مثل الشعور بالألم في منتصف الصدر والزرقة والسعال.

٣-الأعراض القلبية: كالخفقان والآلام قرب القلب وأحياناً تكون نوبات ألم خلف عظم القص تنتشر نحو الفك والأطراف العلوية مما يشبه آلام الذبحة الصدرية وتحدث بعد الجهد خاصة.

المضاعفات:

١- فقر الدم الخفيف ويحدث عند الأطفال والشيوخ نتيجة لحدوث نزف متكرر في المنطقة.

٢- التخثر الوريدي وتكون عادة عديدة ومتكررة وتصيب الطرفين السفليين والعلويين وتكون إما سطحية أو عميقة وقد تمتد الإصابة إلى الأوردة الدماغية أو الوريد الطحالي البابي أو بالصمامات الرئوية وخاصة بعد التداخلات الجراحية.

٣- نزف القناة الهضمية وتحدث إما في الجزء العلوي أو السفلي في القناة وهي العلامة الأولى التي تظهر الفتق الحجابي.

٤- الإصابات المريئية وتشمل:

- التهاب الجزء السفلي من المريء.
- القرح الهضمية وهي نادرة الحدوث وقد تسبب ثقوب أو تضيق في المريء مما يؤدي إلى قصر في طول المريء.

٥- اختناق الفتق وهو نادر عند الكهول ويحدث في الفتوق قرب المريئية وفي الفتوق ذات العنق الضيق، ويظهر بشكل انسداد علوي مع تقيؤ شديد ويتم علاج هذه الحالة بإسعاف المريض بالمداخلة الجراحية.

التشخيص:

يتم التشخيص بواسطة:

- الأشعة السينية العادية.
- الفحص بالأشعة الملونة بعد وجبة الباريوم.
- إجراء منظار هضمي علوي (للمريء والمعدة).

العلاج:

إذا اكتشف وجود الفتق صدفة وبدون أعراض فانه ينصح بالآتي:

١- إنقاص الوزن.

٢- الامتناع عن التدخين.

٣- رفع الرأس عند النوم بوضع وسادة إضافية والأفضل استخدام سرير ذي رأس متحرك.

٤- تجنب الانحناء للأمام، وتجنب النوم مباشرة بعد الأكل كما يتجنب الوجبات الكبيرة والاكتفاء بالوجبات الصغيرة والمتعددة.

٥- استخدام بعض الأدوية المضادة للحموضة وأدوية تخفيف إفرازات المعدة.

وفي حالة عدم استجابة المريض للعلاج السابق فيلجأ إلى العمل الجراحي والذي أصبح متطوراً، وذلك بعد ظهور جراحة المنظار حيث أن هذه

العملية التي كانت تحتاج في الماضي إلى إجراء شقاً بطنياً كبيراً وزمناً غير قليل أصبح اليوم بالإمكان إجراؤها باستخدام عدة ثقوب صغيرة في البطن وفي زمن أقل.

فتق حجابي Diaphragmatic Hernias:

هو مرور عضو أو أكثر من الأحشاء البطنية إلى الصدر عبر إحدى الفوهات الحجابية سواء أكانت الفوهة طبيعية أم خلقية أم رضية وهي على عدة أنواع.

فتق خلف الذيل الخنجري (فتق شق لاري) Porocele:

قد يكون فتق واحد أو عدة فتوق ويكون الفتق فقط بسعة شق لاري، أو أكثر اتساعاً بسبب نقص في ارتكاز الحزم القصية لعضلة الحجاب الحاجز، أو بنقص في الحزمة الضلعية، ويكون بيضوي الشكل وقاسي الحواف، ويحتوي هذا الفتق دائماً على كيس بريتوني.

كما يحتوي الفتق عادة إما على القولون أوفي حالات نادرة يكون حاوياً على أحشاء البطن الأخرى، ويقع غالباً في الجزء الأيمن وقد يكون في الوسط أو في الجزء الأيسر في حالات نادرة، ويحدث في كل الأعمار وأغلب منشأه ولادي.

أعراض المرض:

تظهر بعض الأعراض الوظيفية أحياناً، منها ما هو هضمي كالضيق في الناحية البطنية ويحدث بشكل نوبات بعد الإكثار من الطعام أو عند الاضطجاع الظهري، ومنها ما هو صدري مثل آلام خلف القص أو في قاعدة الصدر الأيمن من الأمام مع سعال يزداد بعد الطعام أو شعور بقرقرة صدرية.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال الأعراض السابقة والفحص بالأشعة السينية.

المضاعفات:

تختلط هذه الفتوق أحياناً بالانسداد بسبب اختناق الفتق أو بسبب التفاف الأعضاء داخله.

العلاج:

يتم العلاج جراحياً حيث يتم في هذه العملية خياطة أطراف فتحة الفتق وعمل شبكة فوق منطقة الفتحة لمنع خروج الأحشاء الداخلية عبرها.

فتوق القبة الحجابية Omphalocele:

وهي غالباً ما تكون ولادية، وتحدث نتيجة لوجود نقص في تكامل الحجاب الحاجز من الناحية التشريحية.

أعراض المرض:

هناك أعراض قاتلة تظهر منذ الولادة عندما يكون الفتق كبير الحجم لدرجة يعيق معها التروية الدموية، وعلى العكس فهناك أشكال خفية لا تكشف إلا عند الطفل الكبير أو عند الأشخاص كبار السن عندما تظهر أعراض اضطرابات هضمية أو إصابات رئوية جنبية متكررة، ولكن أهم الأعراض هي:

- الزرقة: وهي العلامة الكبرى وتزداد بعد الطعام.
- التقيؤ.
- كثرة التنفس.
- السعال مع حدوث نوبات اختناقية.

التشخيص:

يتم تشخيص الحالة بإجراء الفحص الشعاعي.

العلاج:

يتم العلاج جراحياً بإغلاق الحجاب الحاجز بالألياف العضلية الموجودة ويجب التأكد من عدم وجود مضاعفات أخرى كالانفتال المعوي.

فتوق رضية Trauma hernia:

تحدث الفوهة الفتقية في الفتوق الرضية في أي مكان من الحجاب الحاجز وهي غالباً واسعة وغير منتظمة ومشرشرة الحواف.

المسببات:

١- حدوث فتوق عن طريق الجروح الصدرية البطنية التي تخترق الحجاب الحاجز كما في جروح طعنة السكين أو الرصاص أو الانفجارات.

٢- الإصابة برضوض البطن الشديدة التي تسبب زيادة فجائية في الضغط داخل البطن مما يؤدي إلى انفجار وتمزق القبة الحجابية، وبذلك تمر الأحشاء البطنية إلى الصدر فجأة وتضغط على القلب والرئة، وقد يبقى تمزق الحجاب خفيفاً ولا يكشف الفتق الحجابي إلا بعد عدة سنوات.

أعراض المرض:

تضم علامات صدرية وهضمية ذات علاقة بطعام وبوضعية الجسم.

التشخيص:

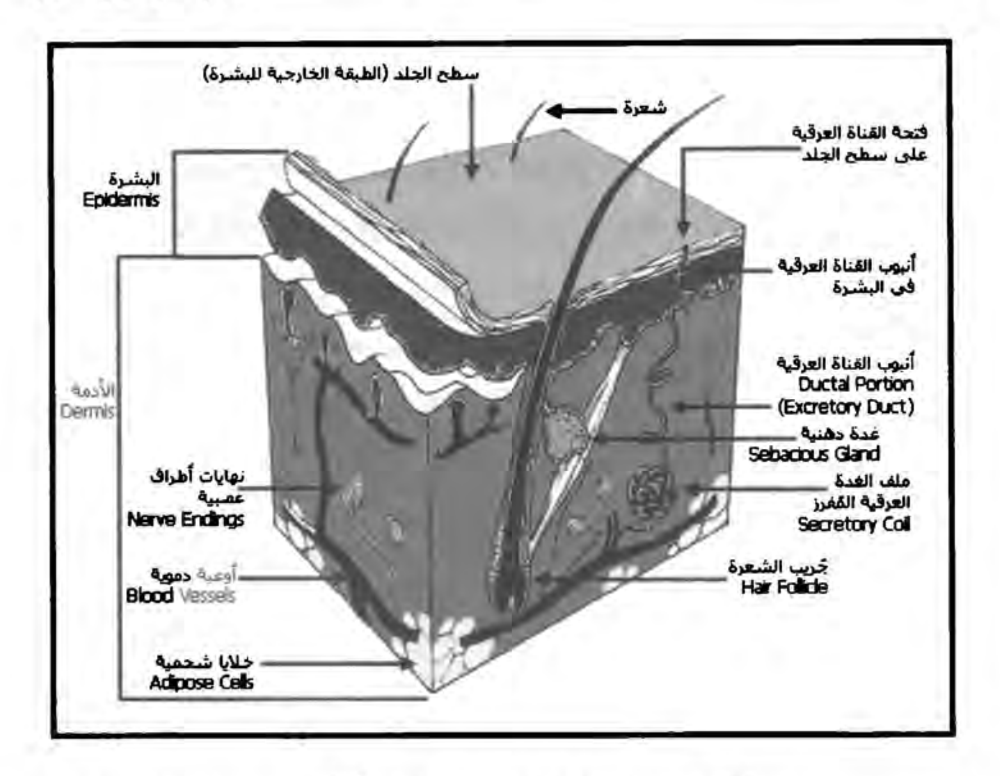
يتم تشخيص الحالة بالفحص الشعاعي وبعد وجبة الباريوم.

العلاج:

غالباً ما تكون المداخلة الجراحية صعبة وتتم بالطريق الصدري أو البطن الصدري، ويتم بها إغلاق التمزق الحجابي.

فرط التعرق Hyperhidrosis:

يوجد لدى الإنسان نوعان من الغدد العرقية، الغدد العرقية المفترزة Apocrine Sweat Glands، والغدد العرقية الناتحة Eccrine Sweat Glands وهي التي تنتج وتفرز العرق، ولها دور مهم في تنظيم حرارة الجسم عند ارتفاع درجة حرارته، ويبلغ عددها في الجلد ٢-٤ مليون غدة تقريباً، ويتم إفراز العرق تحت تأثير الجهاز العصبي المستقل الودي Sympathetic Nervous System عن طريق الناقل العصبي الأسيتيل كولين Acetycholine وتتكون هذه الغدد من ملف مفرز secretory coil وهو الذي ينتج العرق وجزء أنبوبي (القناة) ductal portion والذي يعبر الأدمة Dermis والبشرة Epidermis ليفتح على سطح الجلد.



ويعرف فرط التعرق Hyperhidrosis بإنتاج أكثر من ١٠٠ ملغم عرق من إبط واحد (منطقة الإبط) في فترة ٥ دقائق.

الأنواع

١- فرط التعرق الموضعي **Hyperhidrosis Focal**:

يصيب فرط التعرق الموضعي ٠,٥% من الناس ويظهر عادة في العقد الثاني والثالث من العمر (بين ١١-٣٠ سنة).

المسببات:

سبب فرط التعرق الموضعي غير معروف، وينتج عن زيادة في إستجابة الغدد العرقية للإشارات العصبية Neurogenic overactivity of the sweat glands، ويصيب منطقة راحة اليدين و(أو) باطن القدمين في٦٠% من الحالات، كما يصيب منطقة الإبطين في ٣٠%-٤٠% من الحالات، وكذلك يصيب منطقة الوجه في ١٠% من الحالات.

ويؤدي فرط التعرق الموضعي إلى ضغط نفسي واجتماعي على المريض، **والقلق والتوتر يؤديان إلى استثارة التعرق الموضعي عند المصاب ولكن نادراً جداً ما تكون الحالة مصاحبة لمرض نفسي، فالتعرق الموضعي هو حالة فسيولوجية وليست مرض نفسي ولكنها يمكن أن تكون حالة ثانوية للقلق والتوتر الإجتماعي، وفي حالات نادرة جداً تكون الحالة ثانوية لإصابات الحبل الشوكي** Spinal cord injuries.

أعراض المرض:

تصاب مواقع موضعية معينة من الجسم وغالباً ما تكون منطقة الأبطين، راحة اليدين، باطن القدمين، ومنطقة الوجه ونادراً ما تكون مناطق أخرى من الجسم.

٢- فرط التعرق العام **Generalized Hyperhidrosis**:

يصيب فرط التعرق عامة الجسم.

المسببات

- **مرض السرطان** Malignancy.
- **أمراض الجهاز العصبي** Neurologic disorders.
- **أمراض الأيض** Metabolic disorders **مثل فرط الغدة الدرقية** Thyrotoxicosis، **مرض السكري** Diabetes Mellitus، **هبوط السكر في الدم** Hypoglycemia، **النقرس** Gout، **سن اليأس** Menopause.
- **إدمان الكحول المزمن** Chronic Alcoholism.
- **مرض هودكينز** Hodgkin's disease.
- **أمراض الأخماج المزمنة** Chronic Infections **مثل مرض السل** (التدرن) Tuberculosis **وخاصة في فرط التعرق الليلي** Nocturnal Hyperhidrosis.

المضاعفات:

- **تعطن الجلد** Skin Maceration، **خاصة في مناطق الإحتكاك حيث يؤدي العرق والاحتكاك إلى تعطن الجلد، مثل منطقة ما بين الفخذين والإبط.**
- **التهابات جلدية ثانوية** Secondary Skin Infections **سواء بالبكتيريا أو بالفطريات.**

العلاج:

يتم علاج فرط التعرق بالعلاج الموضعي وذلك باستعمال مضادات التعرق، ويعالج فرط التعرق اليوم بحقن البوتكس، وفي حالات فرط التعرق العام يجب معالجة السبب إن عرف.

١ - العلاج الموضعي باستعمال مضادات التعرق **Antiperspirants** ومزيل الرائحة **Deodorants :**

ويجب عدم الخلط بينهما لاختلاف تركيبهما وآلية عملهما، فمضادات التعرق تمنع إفراز العرق من الغدد العرقية في الجلد، وآلية ذلك غير معروفة بالضبط، ولكن النظرية الأكثر شيوعاً تفيد بأن المعادن التي تحتويها هذه التحضيرات تسد فتحات قنوات الغدد العرقية، أما مزيل الرائحة فيحتوي على مواد تحجب رائحة العرق أو مواد تقلل من البكتيريا الموجودة على الجلد، وبالتالي تقلل من الرائحة الناتجة عن العرق بفعل البكتيريا، وأكثر المعادن المستخدمة في مضادات التعرق هي الألمنيوم Aluminum والزركونيوم Zirconium، وتشمل ألمنيوم كلورايد Aluminum Chloride وألمنيوم كلوروهايدريت Aluminum Chlorohydrate وألمنيوم زركونيوم كلوروهايدريت Aluminum Zirconium Chlorohydrate.

ويحتوي مزيل الرائحة عادة على مضاد للبكتيريا مثل ستافلوكوكس أوريوس Staphylococcus aureus وايروباكتر ايروجينس Aerobacter aerogenes وكوريني بكتيريا Corynebacteria، وتشمل مضادات البكتيريا المستخدمة مركبات الأمونيوم الرباعية Quaternary Ammonium والبنزيثونيوم كلورايد Benzethonium Chloride وتراي كلوسان Triclosan.

وتوجد مركبات الألمنيوم كلورايد Aluminum chloride في مستحضرات مضادات التعرق التجارية بتركيز ٢٠% وهذا التركيز ذو مفعول جيد لمرضى فرط التعرق، ويوضع مرة واحدة ليلاً للسيطرة على فرط التعرق، وبعد أن يعطي النتيجة تقلل مرات استخدامه حسب استجابة المصاب.

٢- العلاج برحلان الشوارد Iontophoresis :



جهاز رحلان الشوارد الكهربائي

ويتم عن طريق مرور تيار كهربائي مباشر بشدة ١٥ ملي أمبير عبر الجلد بواسطة جهاز ويستخدم عادة ماء الحنفية، فإذا مر تيار كهربائي موجب ترحل الشوارد التي تحمل الشحنات الموجبة للجلد ويحدث العكس إذا استخدم تيار كهربائي سالب، ويعمل هذا العلاج على سد قنوات الغدد العرقية مادياً بالشوارد، وينفع هذا العلاج في ٨٥% من حالات فرط تعرق راحة اليدين وباطن القدمين.

وهناك عدة أجهزة تعمل بالبطارية لراحة اليدين والإبطين وباطن القدمين.

ويستخدم العلاج لمدة ٢٠ دقيقة في الجلسة الواحدة يومياً حتى يصل لنتيجة ومن ثم ٣-٤ مرات أسبوعياً، وللعلاج آثار جانبية منها جفاف الجلد وتشققه، ولا يستخدم العلاج برحلان الشوارد لمنطقة الوجه والعنق والظهر والبطن.

٣- العلاج الجهازي بأدوية مضادات الكولين Drugs Anticholinergic:

الأسيتلين كولين، وتحد هذه الأدوية من عمل الناقل العصبي Neurotransmitter الأسيتلين كولين في نهاية أطراف الأعصاب التي تغذي الغدد العرقية في الجلد، وهذا الناقل هو الذي يسبب إفراز الغدد العرقية للعرق.

ومن هذه الأدوية الكلايكوبايروليت (Glycopyrrolate)(Robinul) وكذلك بروبانثيلين برومايد (Propantheline Bromide) (Pro Banthine) وأوكسي ديتروبان (Oxybutynin) (Ditropan)، ومن الآثار الجانبية لهذا العلاج:

- جفاف الفم.
- الدوخة.
- الإمساك.
- خفقان القلب.

- احتباس البول.

وتختلف نسبة نجاح هذا العلاج من شخص إلى آخر.

٤- **العلاج الجراحي Surgery:**

أ-**علاج جراحي موضعي لفرط التعرق في الإبطين** Local Surgical Management **وذلك بإزالة الجلد والطبقة التي تحته والتي تحتوي على الغدد العرقية وتحدث هذه العملية ندب كبيرة مشوهة مما أدى إلى محاولة البحث عن طرق جراحية أخرى، وأفضلها من حيث النتيجة التجميلية والمضاعفات بعد العملية هي كشط الطبقة تحت الجلد ومعها الغدد العرقية دون إزالة الجلد** Curettage **والشفط مع كشط الطبقة تحت الجلد** Suction Curettage**، وتجرى عادة تحت تخدير موضعي.**

ب- **قطع العصب السمبثاوي** (الودي) Sympathectomy**، وقد كانت تجرى هذه العملية بفتح القفص الصدري وتدمير العقد السمبثاوية** (الودية) **الصدرية** Thoracic Sympathetic Ganglia **التي تغذي الغدد العرقية في الإبطين وراحة اليدين، أما اليوم فإن العملية تجرى عن طريق المنظار** Endoscopic Thoracic Sympathectomy (ETS) **حيث يتم فيها تدمير العقد الودية الصدرية الثانية** T٢ **و الثالثة** T٣ **بالكي الكهربائي** Electrocautery **لفرط التعرق في راحة اليدين، والعقدة الرابعة** T٤ **لفرط تعرق الإبطين، كما تجرى العملية من دون تدمير العقد الودية، وإنما فقط بإعاقة التيار الصادر منها للغدد العرقية، ولها نتائج طبية تعادل نتائج تدميرها.**

وتصل نسبة نجاح العملية مباشرة في حالات فرط تعرق راحة اليدين إلى ٩٨% وإلى ٩٥,٢% على المدى البعيد، وتصل في حالات فرط تعرق الإبطين إلى ٨٣,٣% وإلى ٦٨,٣% على المدى البعيد.

٥- **الحقن بسم البتيولينيوم Botulinum Toxin:**

وهذا السم تنتجه نوع من البكتيريا اسمها كلوستيريديوم بوتيلينوم Clostridium Botulinum **وهي البكتيريا التي تسبب تسمم غذائي شديد عادة، وتنتج**

سبعة أنواع من السموم والمستخدم مهنا هو السم نوع أ Botulinum toxin type A (BTX-A) ويستخدم هذا السم بالحقن لعلاج فرط تعرق راحة اليدين والإبطين وجبهة الوجه، ويعطى في ١٠-١٥ موضع موزعة بالتساوي في الإبط ومواضع أخرى موزعة في راحة وأصابع اليدين بينها مسافة ٢,٥ سم تقريباً.

فرط كريات الدم البيضاء Leuco Cytosia:

هو حالة مرضية يحدث فيها ازدياد غير طبيعي في عدد كريات الدم البيضاء عن الحد الطبيعي، والذي تبلغ نسبتها الطبيعية في الجسم السليم من (٦-٩) آلاف كرية بيضاء / سم مكعب من الدم.

المسببات:

١- زيادة فسيولوجية عند الطفل.

٢- قد تحدث زيادة أثناء الحمل.

٣- تحدث الزيادة عند حدوث الالتهابات.

٤- قد تحدث زيادة غير طبيعية في عدد كريات الدم البيضاء بشكل كبير وتصل هذه الزيادة لأرقام عالية جداً، وتسمى هذه الحالة بابيضاض الدم أو اللوكيميا (Leukemia).

فرط كريات الدم الحمراء Polycythemia Vera:

هي حالة مرضية يزداد فيها عدد كريات الدم الحمراء المنتجة من نخاع العظام مع بقاء نسبة تكسر وتحطم هذه الكريات في الطحال طبيعية أي إن عدد كريات الدم الحمراء المنتجة يكون أكثر من عدد الكريات التالفة.

المسببات:

ترافق هذه الزيادة غالباً الأمراض المزمنة مثل:

١- الأمراض القلبية.

٢- الأمراض الرئوية.

٣- الأمراض الكبدية.

٤- الأمراض الكلوية.

٥- قد تكون الأسباب عوامل فسيولوجية وخاصة عند السكن في المرتفعات.

أعراض المرض:

١- صداع ودوخة.

٢- اضطرابات الرؤية.

٣- احتقان الوجه والأغشية المخاطية.

٤- زيادة كثافة الدم (اللزوجة الدموية).

٥- ارتفاع ضغط الدم.

٦- حدوث نزف تحت الجلد يظهر بشكل ازرقاق في المنطقة تحت العينين.

التشخيص:

تظهر نتيجة فحص الدم المختبري وجود ارتفاع حاد في الهيماتوكريت P.C.V.

العلاج:

يتم العلاج بواسطة سحب كميات محددة من الدم وبشكل دوري من المصاب، وقد يستخدم في بعض الحالات الأدوية المسيلة للدم مثل (الهيبارين) والوارفرين بسبب حدوث فرط في اللزوجة الدموية.

فطريات Mycosis:

توجد عدة أنواع من الفطريات غير الفتاكة المتعايشة في المهبل في الحالات الطبيعية وهي غير مسببة للأمراض ومن هذه الفطريات:

١- المبيضات الاستوائية (Condida Tropicalis).

٢- المبيضات البيضاء (Condida Albicans): ويسبب نمو وتكاثر هذه المبيضات إصابة المهبل بالالتهابات الفطرية.

طرق العدوى:

تنتقل هذه الفطريات بعدة طرق، فهي تتواجد في أمعاء النساء اللواتي يشكين من تواجد هذه الفطريات في الفرج بنسبة ٨% ، ويظهر ذلك عند إجراء فحص البراز مختبرياً.

ويشير ذلك إلى احتمال انتقال هذه الفطريات من الجهاز الهضمي ومنطقة الشرج إلى الفرج أو إلى داخل المهبل.

كما تتواجد هذه المبيضات على سطح الجسم والأيدي والأقدام، وتتواجد كذلك في الملابس والهواء، وكذلك توجد على القضيب أيضاً، وهذا ما يجعل انتقالها إلى مهبل المرأة سريعاً أثناء العلاقة الجنسية.

وتتعايش هذه الفطريات بشكل طبيعي في الأمعاء، أما إذا انتقلت إلى الجهاز التناسلي بطريق ما، فإنها تنمو وتتكاثر وتدخل حينئذ ضمن الفطريات المسببة للأمراض الجنسية.

العوامل المساعدة:

١- الحمل Pregnancy:

يكثر نمو الفطريات خلال فترة الحمل بسبب ازدياد تساقط الخلايا المهبلية حيث يتوفر المكان الملائم لنمو وتكاثر هذه الفطريات، كما أن الحمل يسبب تغير واضطراب في أيض السكريات في الجسم بسبب وجود مواد هرمونية عديدة مثل هرمون اللاكتوجين المشيمي Chorionic Loctogen Hormone، ويؤدي هذا الازدياد في معدل المواد السكرية إلى ارتفاع في درجة الحموضة ومن ثم إلى تكاثر الفطريات، وإذا كانت المرأة الحامل مصابة بمرض السكر قبل الحمل فإن ذلك يؤدي إلى زيادة في وجود الفطريات بدرجة أكبر.

٢- الحيض Menstruation:

تزداد الحموضة المهبلية قبل موعد الحيض وذلك بسبب حدوث التغيرات البيوكيميائية في المهبل، فتشعر المرأة عادة بخروج سيلان أبيض لزج يكون مصحوباً بحكة فرجية مزعجة، ويؤدي هذا إلى نمو وتكاثر الفطريات.

٣- حبوب منع الحمل:

تحتوي حبوب منع الحمل على كمية من الهرمونات التي تضاف إلى هرمونات الجسم مما يشكل عبئاً إضافياً عليه، وتجعل هذه الهرمونات الجسم كما لو كان في حالة الحمل (ولكن بشكل مصغر) مما يؤدي إلى زيادة في تساقط الخلايا المهبلية، ومن ثم

إلى زيادة في السكريات المهبلية التي تقوم البكتيريا المسماة (باسيل دودر لاين) **بتحويلها إلى حامض اللبن** (Lactic Acid) **مما يزيد في حامضية المكان فتؤدي إلى تكاثر الفطريات وانتشارها.**

٤- الاستعمال العشوائي للمضادات الحيوية:

يستعمل بعض الناس المضادات الحيوية (Antibiotics) دون مراعاة لمساوئ هذه المضادات وانخفاض لتأثيرها الطبي في الأوقات التي يكون الجسم فيها بحاجة فعلية إلى تأثير هذه المضادات، **وذلك لأن هذه المضادات تفقد مفعولها إذا تم استعمالها بشكل عشوائي، بسبب ازدياد مقاومة البكتيريا لها وتعودها على تحمل تأثير هذه المضادات، وعندئذ تتكون المناعة الجرثومية لها فلا تعد تؤثر فيها، وتصبح المضادات الحيوية في هذه الحالة عديمة الفائدة، بالإضافة إلى التأثيرات الأخرى التي تسببها المضادات الحيوية في الجسم مما يزيد في نمو وانتشار الفطريات في الأعضاء التناسلية.**

المسببات

- **حدوث اضطرابات واختلال الفيتامينات في الجسم نتيجة لتعاطي المضادات الحيوية.**
- **ضعف في وسائل المقاومة في الجسم وذلك بتخفيف عمل وتقليل وجود الأجسام المضادة للفطريات من بكتيريا، مما يسمح للفطريات بالتكاثر والنمو في المهبل بعد أن تضعف مناعة البكتيريا المفيدة المتعايشة معها، والتي كانت تعمل على الحد من نمو تلك الفطريات، ولذلك يقوم الطبيب المعالج بتحديد مدة العلاج بالمضادات الحيوية للمرأة وإعطائها** فيتامين ب وفيتامين ج **أثناء العلاج مع مراقبة تكاثر الفطريات عندها.**
- **استعمال الكورتيزون والأنواع المشابهة له في بعض الحالات التي يتطلب علاجها استعمال مثل هذه الأدوية كأمراض الحساسية والسرطان وأمراض الغدة الكظرية** (فوق الكليتين).
- إصابة المرأة بمرض السكري: **إذا شكت المرأة من وجود حكة في الفرج، أو ظهور الفطريات في المهبل فيجب فحص السكر لديها لأنها قد تكون مصابة بمرض السكري الذي يساعد على نمو وتكاثر تلك الفطريات.** ويظهر الالتهاب

الفطري في الفرج أكثر مما يظهر في المهبل، **فتصبح الأعضاء التناسلية حمراء اللون مهتاجة وملتهبة، وإذا لم ينتبه الطبيب المعالج إلى ضرورة علاج مرض السكري لدى المرأة المصابة فإنه سيستمر على معالجة المرأة لعدة أسابيع أو أشهر دون جدوى.**

- **يلعب التلوث دوراً هاماً في انتشار الفطريات وانتقالها بالإضافة إلى أسباب عديدة أخرى أهمها الاستعداد الجسدي للإصابة بداء الفطريات.**

أعراض المرض:

١- لحكة: وهي من أهم الأعراض المميزة لداء الفطريات وتصيب الحكة الفرج كله ومدخل المهبل، وتشتد هذه الحكة ليلاً فتلجأ المرأة المصابة إلى استعمال أظافرها مما يسبب تخدش وتخريش في الأعضاء التناسلية وقد يسيل الدم منها أحياناً.

٢- السيلان الأبيض: وهو سائل أبيض اللون لزج ومحبب وغير غزير، وقد يكون السيلان أحياناً سائلاً ذو لون أصفر، وهذا يدل على وجود جراثيم أخرى بجواره وخاصة المشعرة (Trichomonas).

٣-الألم: الشعور بألم في منطقة أسفل البطن وخاصة بعد الممارسة الجنسية، كما يكون الجماع مؤلماً، وفي بعض الأحيان يكون هذا الألم شديداً بحيث تتعسر معه ممارسة العلاقة الجنسية، أو قد يكون الألم على شكل حرقة تحدث أثناء الجماع وبعده.

٤-اضطراب الجهاز البولي: يحدث اضطراب في الجهاز البولي بسبب قرب فتحة البول من فتحة المهبل، فتنتقل المبيضات البيضاء إلى الإحليل مسببة إصابته بالالتهاب وينتج عن ذلك الشعور بحرقة أو ألم أثناء التبول.

التشخيص:

يمكن تشخيص المرض بسهولة من خلال الأعراض والعلامات التي تشكو منها المريضة، وفحص المناطق التناسلية الخارجية.

وكذلك من خلال فحص المهبل بواسطة المنظار المهبلي، بالإضافة إلى إجراء الفحوصات المختبرية مثل فحص الدم وفحص مسحة تؤخذ من المنطقة المصابة والتي تكون نتائجها إيجابية.

العلاج:

يعتمد علاج هذه الحالة على العوامل التي ساعدت الفطريات على النمو والعمل على إزالتها قدر الإمكان، ومن ثم المباشرة بالعلاج بواسطة الأدوية الكيميائية المعطاة حسب إرشاد الطبيب ومن هذه الأدوية:

١- لنيستاتين **Nystatine**:

يستعمل هذا الدواء على شكل حبوب (٣ حبات يومياً) لمدة أسبوعين على الأقل، أو على شكل تحاميل مهبلية تدفع إلى عمق المهبل ليلاً قبل النوم بالإضافة إلى استعمال مرهم النيستاتين الذي يخفف من حدة الحكة المزعجة ويفضل أن يستعمل العلاج قبل فترة الحيض بقليل لأن الفطريات تظهر في هذه الفترة بشدة فيفتك بها الدواء في وقت نشاطها.

كما يتم علاج الزوج بحبوب النيستاتين لأنه يكون قد أخذ العدوى من زوجته المصابة أو بالعكس، وإذا لم يشترك الزوج في العلاج فإن العلاج في هذه الحالة يكون فاشلاً لأنه سيجدد انتقال العدوى إلى الزوجة.

وإذا سارع الزوجان للعلاج معاً فإن هذه الأعراض ستختفي خلال ٢٤ ساعة من بدء العلاج، وتختفي الفطريات كلياً بعد مرور خمسة أيام من بدء المعالجة.

٢- ترات الايزوكونازول **Isoconazol Nitrate**:

هو دواء فعال في القضاء على هذه الفطريات، ويستعمل بسهولة، حيث يبقى تركيزه في الأنسجة المهبلية لمدة ٧٢ ساعة وهذا ما يساهم بشكل فاعل في القضاء على الفطريات التناسلية، ويوصف للمرأة المصابة حيث تستعمله بشكل تحاميل مهبلية تدفع تحميلتين (دفعة واحدة) في عمق المهبل (تحتوي كل تحميلة على ٣٠٠ ملغم من المادة) وهذا العقار لا يستعمل أثناء الحيض إذ أن دم الحيض يعمل على التقليل من فعالية هذا الدواء.

كما يستعمل نفس الدواء بشكل مرهم لعلاج الحكة التي يسببها الالتهاب الفطري، ويستعمل الزوج كذلك هذا المرهم كعلاج وقائي من أجل منع تكرار الإصابة بهذه الفطريات ويدهن مرتين يومياً بهذا المرهم لمدة أسبوع.

سير المرض:

قد يعاود هذا المرض مرة أخرى مقاوماً للعلاج وهنا يقوم الطبيب بما يلي:

١- وصف الدواء المناسب الذي يكون فعالاً (أقراص أو تحاميل أو مراهم) لمدة طويلة.

٢- الاستمرار في استعمال التحاميل المضادة للفطريات ليلاً قبل النوم ويستمر استعمالها لعدة أيام قبل بدء فترة الحيض، من أجل الوقاية من نمو الفطريات وتكاثرها.

٣- الامتناع عن تناول الهرمونات وأهمها حبوب منع الحمل.

٤- استعمال التحاميل المضادة للفطريات خلال أسبوع وبعد ذلك يستعمل أي علاج بالمضادات الحيوية لعدة أيام متتالية.

٥- دهن الأعضاء التناسلية الخارجية للرجل والمرأة بالمراهم المضادة للفطريات لمدة عشرة أيام متتالية، وذلك لأن الفطريات تتواجد في ثنايا هذه الأعضاء التناسلية.

٦- في حالة الشك بوجود فطريات في المنطقة التناسلية يجب المباشرة بالعلاج الكامل لعدة أيام متتالية، ثم استعمال التحاميل المهبلية المضادة للفطريات كل ثلاثة أيام لمدة ستة أشهر متواصلة.

٧- يستعمل دواء الكيتوكونازول (Ketoconazol) ويكون استعماله تحت إشراف الطبيب المختص، وتوصف جرعاته عادة بعيار ٢٠٠ ملغم، وتتناول المرأة المصابة من هذا الدواء حبتين (واحدة صباحاً وأخرى مساءاً) لمدة خمسة أيام متتالية، وقد أثبت هذا الدواء الجديد قضاءه التام على جميع الفطريات المزمنة، ولكنه لا يستعمل أبداً في فترة الحمل إلا تحت إشراف الطبيب المختص.

فقاعة Bullae:

هي علامة التهابية جلدية مجوفة كبيرة تحتوي على سائل رائق مثل:

- فقاعة داء الفقاعات (Pemphigus).
- الحروق (Burns).

فقر الدم Anaemia:

هو حالة مرضية ينخفض فيها عدد كريات الدم الحمراء الصحية إلى ما تحت

الحالة العادية، تنتج عن اضطراب في عمر الكرية الحمراء (نقص العمر) **أو إنتاج غير مناسب للكريات الحمراء من نخاع العظام، مما ينتج عنه نقص في نسبة هيموغلوبين الدم** (Hemoglobin) **عند الإنسان.**

- القيم الطبيعية للهيموغلوبين **HB عند الإنسان:**

١- **الرجل** (١٦-١٨غم/١٠٠سم٣ من الدم).

٢- **المرأة** (١٤-١٦غم/١٠٠سم٣ من الدم).

٣- **الطفل** (١٨-٢١غم/١٠٠سم٣ من الدم).

المسببات:

هناك أسباب عديدة ينتج عنها مرض فقر الدم منها ما يكون بسبب زيادة في خسارة كريات الدم الحمراء (النزيف)، **ومنها ما يكون بسبب عدم إنتاج كافي للكريات الحمراء من نخاع العظام،** وفيما يلي أسباب فقر الدم الشائعة:

١- **النزيف سواء كان ظاهراً أو خفياً.**

٢- **الأمراض المزمنة: قرحة المعدة، البواسير.**

٣- **الأمراض الوراثية الانحلالية** مثل:

- **الثلاسيميا.**
- **فقر الدم المنجلي.**
- **داء تكور الكريات الوراثي.**
- **داء الفوال.**

٤- **نقص عناصر ضرورية للكريات الحمراء** مثل:

- **نقص الحديد.**
- **نقص فيتامين** B_{12}.
- **نقص حامض الفوليك** (Folic Acid).

أعراض المرض:

- **الشعور بالضعف والإرهاق.**
- **الغثيان.**

- **الصداع.**
- **شحوب وبرودة البشرة.**
- **سرعة النبض.**
- **قصر النفس.**

فقر الدم الانحلالي (آفات الدم الانحلالية) **Hemolytic anaemia**:

هو نقص عمر كريات الدم الحمراء عن الحد الطبيعي حيث تبلغ الفترة الطبيعية لمعيشة كريات الدم الحمراء ١٢٠ يوم.

التصنيف:

يتم تصنيف الأمراض الانحلالية إلى:

١- أمراض وراثية: **حيث تصيب مكونات كرية الدم الحمراء** وتقسم إلى:

أ- إصابة غشاء الكرية الحمراء: **ينتج عنه مرض يسمى داء تكور كريات الدم الحمراء الوراثي.**

ب- إصابة الهيموغلوبين في الكرية الحمراء ويظهر بشكل:

١- مرض الثلاسيما: فقر دم البحر الأبيض المتوسط.

٢- فقر الدم المنجلي.

ج- إصابة الأنزيمات في كريات الدم الحمراء: **يؤدي نقص أنزيم G٦PD لحدوث مرض يسمى الفوال وهو عبارة عن انحلال الدم حين أكل الفول الأخضر بسبب نقص الأنزيم المذكور.**

٢- أمراض مكتسبة وتشمل:

أ- **دوائية: مثل الأدوية المضادة للملاريا، والأدوية المضادة للأورام** (الأدوية السامة للخلايا).

ب- إعطاء فصائل دم خاطئة لمريض محتاج لدم.

ج- **الالتهابات الحادة بالبكتيريا المفرزة للأنزيمات المحللة للدم** (مثل المكورات العقدية المحللة للدم).

أعراض المرض:

يصاب المريض بنوبة انحلالية نتيجة العوامل السابقة وتظهر العلامات التالية:

١- انخفاض حاد للهيموغلوبين.

٢- زيادة نسبة البليروبين في الدم وظهور أعراض اليرقان.

٣- تضخم الطحال.

٤- ظهور الخلايا الشبكية في اليوم السابع من التحلل وهي عبارة عن كريات دم حمراء غير ناضجة أي أنها تحتوي على نواة.

العلاج:

١- يتم من خلال معالجة السبب الناتج عنه هذا المرض وفي بعض الأمراض الوراثية مثل تكور الكريات الحمراء، ويكون العلاج جراحياً حيث يتم استئصال الطحال.

٢- يتم نقل الدم في حالة وجود نوبة انحلالية.

فقر الدم الخبيث (نقص الفيتامين B_{12}) Perincious anaemia:

يحدث هذا النوع من فقر الدم نتيجة لحدوث نقص فيتامين B_{12}، ويسبب هذا النقص اضطراباً حاداً في حامض DNA الضروري لكريات الدم الحمراء.

ويصيب هذا المرض بعض الناس كبار السن والمعمرين وذلك بالنظر للحاجة اليومية الزهيدة من هذا الفيتامين للجسم بالمقارنة مع المخزون فيه.

المسببات

١- استئصال المعدة: تحتوي المعدة على عامل يسمى (العامل الداخلي) ويتحد هذا العامل يتحد مع فيتامين B_{12} ويشكل مركب يتم اختزانه في الكبد، فيؤدي استئصال المعدة إلى غياب العامل الداخلي وبالتالي عدم امتصاص الفيتامين B_{12}.

٢- أسباب مناعية: بسبب وجود أجسام مضادة تقوم بمهاجمة الخلايا المعدية المفرزة للعامل الداخلي.

٣- الأمراض المزمنة وخاصة أمراض الجهاز الهضمي: مثل حالات الإسهال الشديدة والالتهابات المعدية الشديدة.

٤- نقص الوارد (في الطعام): وهو سبب نادر جداً بسبب الكمية الزهيدة التي يحتاجها الجسم مقارنة مع المخزون.

أعراض المرض:

١- حدوث التهاب مؤلم في اللسان.

٢- الإصابة بالتهاب الأعصاب المحيطية.

٣- تضخم الأحشاء الداخلية مثل تضخم الكبد والطحال.

٤- أعراض فقر الدم:

- شحوب الوجه واصفراره.
- ازدياد معدل التنفس (التنفس الجهدي).
- الدوخة.

التشخيص:

- إجراء فحص الدم الكامل C.B.C. حيث تظهر نتائج الفحص انخفاض في عدد كريات الدم الحمراء والبيضاء والصفيحات الدموية.
- فحص العينة الدموية: يظهر هذا الفحص كبر في حجم الكريات الحمراء (Macrocytosis).
- قياس مستوى فيتامين B١٢ في مصل الدم Serum Vit B١٢.

فقر الدم الناتج عن نقص الحديد Iron Deficiency anaemia:

من المعروف أن الهيموغلوبين يتألف من أربع ذرات حديد (الهيمو) مع ذرة من الغلوبين (البروتين)، وبالتالي فإن نقص الحديد يؤدي إلى نقص الهيموغلوبين.

ويعتبر نقص الحديد في الجسم أكثر أسباب فقر الدم انتشاراً في العالم، ويصيب تقريباً ٣٠% من سكان العالم، ويرجع ذلك إلى قدرة الجسم المحدودة لامتصاص الحديد من الغذاء وفقد الحديد عن طريق فقد الدم بالنزف.

ويبلغ متوسط ما يدخل جسم الإنسان من الحديد في الغذاء ١٥-٢٠ ملغم يومياً، يمتص الجسم ١٠% منها فقط، ويمكن أن تزيد هذه النسبة إلى ٢٠%-٣٠% في حالات نقص الحديد وأثناء الحمل.

ويكون الحديد في الطعام في مصدرين:

١- حديد غير هيمي Non-Haem Iron المصدر الأساسي له هي الحبوب وخاصة المنتجات المدعمة بالحديد.

٢- **حديد هيمي** Haem Iron **والمصدر الأساسي له هو الهيموغلوبين** (صبغة الدم) Haemoglobin **والمايوغلوبين** (نظير الهيموغلوبين في العضلات) Myoglobin **المتوفران في اللحوم والأعضاء** (الكبد) **الحمراء.**

ويكون الحديد في الطعام في هيئة الفيريك (الحديديك) Ferric Iron (Fe^{3+}) **ويتم امتصاصه في الأمعاء ولكن ليس بكفاءة الفيروز** (الحديدوز) Ferric Iron (Fe^{2+})، **ويتحول الحديديك إلى الحديدوز بالاختزال في المعدة بتأثير الخميرة** (الأنزيم) **فيريريداكتيز** Ferrireductase **ثم يمتص في الإثنى عشر** Deodenum **والصائم** Jejunum **من الأمعاء الدقيقة.**

إن المقدار اليومي للحديد والذي يحتاجه الجسم ضئيل جداً وبالتالي فإن النقص الذي يحدث بسبب بنقص الوارد من الحديد تقريباً عديم الأهمية ولكن هناك أسباب رئيسية لنقص الحديد منها:

- **الحمل: وهو من أهم الأسباب لحدوث نقص الحديد بسبب ازدياد الحاجة له.**
- **الدورة الشهرية والنزف الطمثي: حيث يؤدي فقدان الدم المتكرر إلى نقص الحديد.**
- **أمراض سوء الامتصاص (Malabsorption) وفي حالات الإسهال.**
- **الأمراض المزمنة النازفة وخاصة القرحة المعدية، البواسير.**
- **سوء التغذية واقتصارها على الحليب فقط فهو فقير بالحديد.**

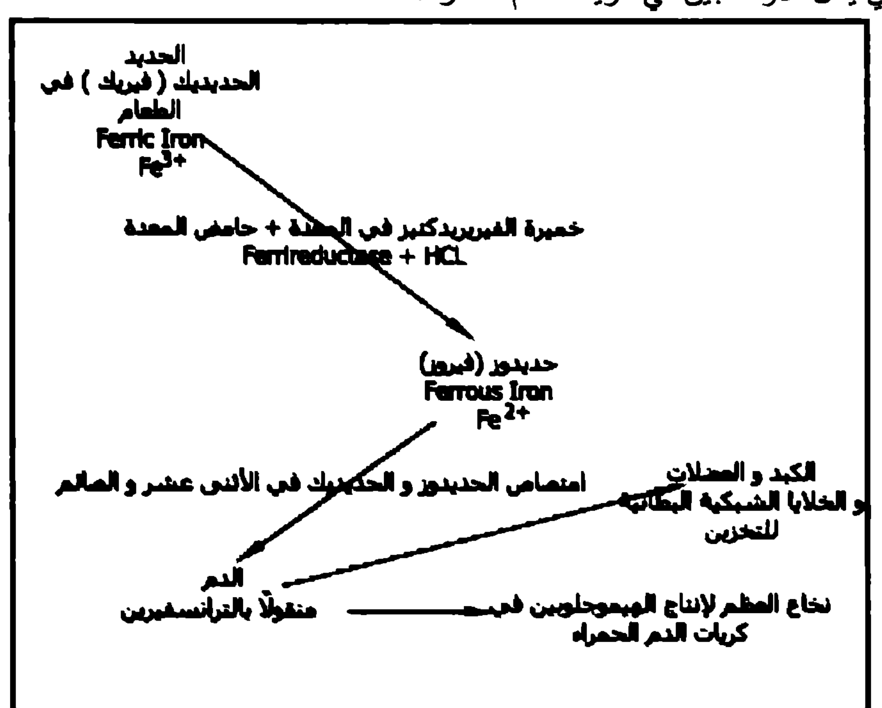
ومن الملاحظ **أن المرأة معرضة أكثر من الرجل للإصابة بهذا المرض وفي حال وجود ذكر مصاب بفقر دم بنقص الحديد فيجب البحث عن وجود بؤرة نازفة والتي غالباً تكون في الجهاز الهضمي.**

العوامل التي تؤثر في امتصاص الحديد من الأمعاء:

- **يمتص الحديد الهيمي أفضل بكثير من الحديد غير الهيمي.**
- **يمتص حديد الفيروز أفضل بكثير من حديد الفيريك.**
- **تساعد حموضة المعدة على بقاء الفيروز على حالته الكيميائية وبالتالي الامتصاص الجيد.**

- يقلل اتحاد الحديد مع الفوسفات Phosphate والفايتيت Phytate في الطعام من امتصاصه.
- يزداد امتصاص الحديد من الأمعاء في حالة نقصه في الجسم وفي حالات زيادة إنتاج كريات الدم الحمراء (كما في حالات تكسر كريات الدم الحمراء، وبعد فقد الدم بالنزف).
- يقل امتصاص الحديد من الأمعاء في حالة زيادته في الجسم.

ويمر الحديد بعد امتصاصه من جوف الأمعاء عبر الخلايا إلى الدم بعد أن تخزن الخلايا جزء منه على هيئة الفيريتين، ويكون مستوى الحديد الطبيعي في الدم من ١١-٣٠ مايكرومول/لتر دم، وينتقل الحديد في الدم بواسطة بروتين الترانسفرين Transferrin والذي ينتجه الكبد، يتحد جزيء الترانسفرين مع ذرتين من حديد الفيريك (الحديديك) والذي بدوره ينقلهما إلى نخاع العظم لتستخدمه سليفات كريات الدم الحمراء Erythroblasts (التي تنتج كريات الدم الحمراء) في إنتاج الهيموغلوبين الذي ينقل الأوكسجين في كريات الدم الحمراء.



ويستخدم الجسم البالغ تقريباً ٢٠ ملغم من الحديد يومياً لإنتاج الهيموغلوبين.

ويحتوي جسم الشخص البالغ على ٣-٥ غم من الحديد، ويوجد ثلثي الحديد تقريباً في الهيموغلوبين في كريات الدم الحمراء (٢,٥-٣ غم).

ويتم تخزين الحديد في الكبد والعضلات والخلايا الشبكية البطانية Reticuloendothelial Cells **بمقدار (٠,٥-١,٥غم)، ويكون ثلثيه على هيئة الفيريتين** (مركب من الحديد والبروتين) Ferritin **القابل للذوبان في الماء والمتوفر مباشرة لإنتاج الهيموغلوبين ويكون الثلث الباقي على هيئة الهيموسيدرين** (مركب من الحديد والبروتين) Haemosiderin **غير القابل للذوبان في الماء.**

احتياجات الجسم اليومية من الحديد:

يفقد الجسم يومياً مقداراً من الحديد بأحد الطرق التالية:

- **يفقد الشخص البالغ من ٠,٥-١** ملغم يومياً **مع الفضلات والعرق والبول.**
- **تفقد المرأة ٣٠-٤٠** مليلتر دم شهرياً **أثناء الدورة الشهرية ويعادل هذا تقريباً ٠,٥-٠,٧** ملغم **من الحديد يومياً.**
- **أثناء النمو عند الأطفال ٠,٦** ملغم **يومياً.**
- **أثناء الحمل ١-٢** ملغم **يومياً.**

ينتج فقر الدم بنقص الحديد عندما يكون الحديد اللازم لإنتاج الهيموغلوبين في الجسم غير متوفر، **ويحاول الجسم الإبقاء على مستوى الهيموغلوبين طبيعياً في الدم قدر الإمكان بعد نضب مخزون الحديد ولا تظهر في هذه الفترة علامات فقر الدم عند عمل تحليل للدم وتسمى هذه الفترة بنقص الحديد الكامن** Latent Iron deficiency **ونقص الحديد هو** أكثر أسباب الأنيميا ذات نقص الصبغة Hypochromia **وصغيرة الحجم** (حجم كريات الدم الحمراء) Microcytosis.

ويكون فقر الدم عندما تقل كمية الهيموغلوبين في الدم عن المستوى الطبيعي لها، والمستويات الطبيعية هي:

كمية الهيموغلوبين	غم/ديسيلتر دم	غم/لتر دم
الذكور	١٨-١٣	١٨٠-١٣٠
الإناث	١٥,٥-١١,٥	١٥٥-١١٥

المسببات:

- فقد الحديد بسبب فقد الدم بالنزف، ومن أهم هذه الأسباب:

١- فقد الدم أثناء الدورة الشهرية عند النساء.

٢- الإصابة بنزف الجهاز الهضمي.

٣- البواسير Hemarrhoides.

٤- قرحة المعدة والإثني عشر.

٥- الإصابة بسرطان المعدة.

٦- الإصابة بسرطان القولون.

٧- آثار جانبية للأدوية تسبب تقرحات في المعدة مثل الأسبرين ومضادات الالتهابات غير الأستيرويدية NSAID كالتي تستعمل في حالات الروماتيزم.

٨- الإصابة بدوالي المريء Oesophageal Varice.

٩- الإصابة بالتهاب القولون التقرحي Ulcerative Colitis .

١٠- إحتشار (الإصابة ب) الدودة الشصية Infestation Hookworm والتي تلتصق بجدار الأمعاء وتمتص الدم.

- زيادة احتياجات الجسم من الحديد أثناء فترة الحمل والرضاعة، أثناء نمو الأطفال وفي الأطفال الخدج.
- قلة امتصاص الحديد من الأمعاء في حالات نقص الامتصاص Malabsorption وبعد عمليات استئصال المعدة أو جزء منها Post - Gastrectomy.
- نقص الحديد في الغذاء بسبب سوء التغذية، والاعتماد على الرضاعة الطبيعية فقط بالنسبة للأطفال الرضع وعدم (دعمها) بالرضاعة الصناعية

(الحليب المدعم بالحديد) **لأن حليب الأم لا يحتوي على كميات كافية من الحديد لسد احتياجات الرضيع للنمو السريع.**

أعراض المرض:

- **شحوب الوجه واصفراره** Pallor.
- **تشقق زوايا الفم.**
- **ضعف عام** Fatigue.
- **الشعور بالتعب والإرهاق أثناء الجهد.**
- **صداع.**
- **الإغماء** (الغشية) Syncope، **فقدان الوعي أو الشعور بالسقوط.**
- **انقطاع النفس أثناء الجهد** Breathleness (عسرة التنفس الجهدي).
- **الذبحة الصدرية** (نقص تروية القلب) Angina.
- **تسرع نبضات القلب أو الخفقان** Palpitation.
- **العرج المتقطع** Intermittent Claudication **بسبب ألم في الساق أثناء المشي يحدث نتيجة نقص تروية العضلة بالأوكسجين وفي هذه الحالة نتيجة نقص الهيموغلوبين.**

أعراض خاصة بنقص الحديد:

١- **هشاشة الأظافر.**

٢- **تقعر الأظافر** Koilonychia.

٣- **ضمور حليمات اللسان.**

٤- **التهاب زوايا الفم** Angular Stomatitis.

٥- **هشاشة وتساقط الشعر.**

٦- **متلازمة بلامر- فنسن** (صعوبة البلع مع التهاب اللسان) Plummer-Vinson Syndrome.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

- الأعراض والعلامات الظاهرة على المريض.
- إجراء الفحص السريري.
- إجراء الفحص المختبري، حيث يجرى الفحوصات التالي للدم:

أ- تعداد الدم الكامل Complete Blood Count CBC، لمعرفة مستوى الهيموغلوبين والذي يكون أقل من الطبيعي (Microaytic Hypo Chromic).

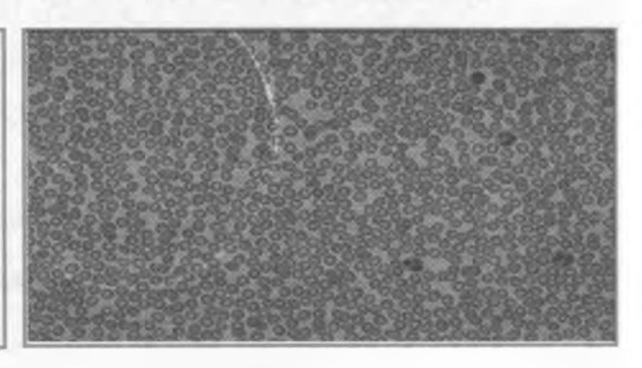
ب- فحص عينة دموية حيث يظهر حجم الكرية الحمراء MCV صغيرة أقل من ٨٠ فيمتولتر، وكذلك يكون محتوى الصبغة (الهيموغلوبين) في الكرية الحمراء MCH أقل من ٢٧ بيكوغرام.

ج- فحص شريحة دم تحت المجهر تظهر في حالة نقص الحديد كريات الدم الحمراء صغيرة الحجم وشاحبة (قلة صبغة الدم فيها) ويكون الهيموغلوبين عبارة عن دائرة محيطية فقط.

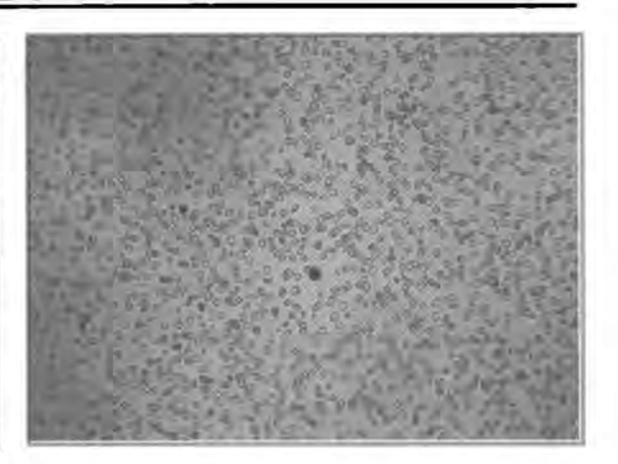
د- عمل تحليل دم لمعرفة مستوى الحديد في الدم Serum Iron والذي يكون منخفض وكذلك تحليل TIBC والذي يكون مرتفعاً في حالات نقص الحديد.

هـ- يمكن عمل تحليل دم لمعرفة مستوى الترانسفرين Serum Transferrin بدلاً من TIBC والذي يكون منخفضاً، وكذلك كمية تشبع الترانسفرين بالحديد Transferrin saturation والذي يكون أقل من ١٩% في حالات نقص الحديد.

و- قياس مستوى الفيريتين Serum Ferritin الذي يعكس كمية مخزون الحديد في الجسم، ويكون منخفضاً في بدايات فقر الدم بعوز الحديد.



صورة مجهرية لشريحة دم طبيعي، تظهر الشكل الكروي والمتجانس لكريات الدم الحمراء وكذلك كمية الهيموغلوبين ووجود منطقة خالية صغيرة في الوسط



صورة مجهرية لشريحة دم مريض مصاب بفقر الدم بنقص الحديد أشكال الكريات غير المتجانس ووجود خلايا شكلها غير كروي وصغر حجم كريات الدم الحمراء

والجدول التالي يبين المستويات الطبيعية للفيرتين

كمية الفيريتين	ميكروغرام/لتر دم	نانومول/لتر دم
الذكور	٣٠٠-٣٠	١٤٤-١١,٤
الإناث	٢٠٠-١٥	٩٦-٥,٨

ز- نادراً ما يلجأ الطبيب لعمل فحص لنخاع العظم Bone Marrow Aspiration للتشخيص، ولكن لاستثناء الحالات الأخرى التي تسبب فقر دم قليل الصبغة وصغيرة الحجم وكذلك في الحالات التي لا تستجيب للعلاج.

ح- من المهم استثناء الحالات الأخرى التي تسبب فقر دم قليل الصبغة وصغير حجم الكية الحمراء Hypochromic Microcytic Anemia مثل الثلاسيميا وفقر دم الأمراض المزمنة Anemia of Chronic Disease مثل الروماتويد Rheumatoid وفقر دم الأرومات الحديدية Sideroblastic Anemia.

العلاج:

- تحسين الحالة العامة للمريض.
- معالجة السبب.
- يهدف علاج فقر الدم إلى زيادة الهيموغلوبين بواقع ١غم أسبوعياً حتى الوصول للمستوى الطبيعي له، ويستمر العلاج بعدها لتعويض مخزون الحديد على الأقل لمدة ٣ شهور.

- تستعمل أقراص سلفات الفيروز (فيروس سلفيت) Ferrous Sulphate ٢٠٠ mg ثلاث مرات يومياً وتحتوي هذه الكمية على ١٨٠ ملغم من الحديدوز، ومن الآثار الجانبية لأخذ أقراص الحديد الشائعة هي الإمساك.
- تستعمل أقراص كلوكونات الفيروز (فيروس كلوكونيت) Ferrous Gluconate ٣٠٠ ملغم بمعدل قرص واحد مرتين يومياً وتحتوي هذه الكمية على ٧٠ ملغم من الحديدوز.
- تستعمل حقن الحديد وتعطى في الحالات الشديدة والتي لا تحتمل العلاج عن طريق الفم أو التي لديها نقص الامتصاص أو في حالات التهابات الأمعاء المزمنة مثل مرض كرون Crohn's Disease ومرض التهاب القولون التقرحي Ulcerative Colitis.

أسباب فشل العلاج:

- الاعتماد على كمية الهيموغلوبين في الدم فقط في التشخيص، إذ من الممكن أن تكون القراءة طبيعية بالنسبة لهذا الشخص.
- عدم التزام المريض بالعلاج من حيث جرعة الدواء أو فترة العلاج (مدة أخذ الدواء).
- حدوث فقد مستمر للحديد عن طريق فقد الدم – وخاصة في النساء عن طريق الدورة الشهرية والتي يكون فيها النزف شديد أو يستمر لأيام كثيرة، وكذلك في حالة سرطان القولون وخاصة لدى كبار السن أو البواسير.
- وجود طفيليات في الأمعاء مثل دودة الانكليستوما Ancylostoma Deuodenalae.

فقر الدم الوراثي Deficiency anemia:

هو مرض من أمراض الدم الوراثية يؤدي إلى الإصابة بمرض فقر الدم الرئيسي وتحدث هذه الظاهرة بشكل أساسي بين أطفال منطقة حوض البحر الأبيض المتوسط.

المسببات:

لا تنتج أجسام الأطفال المصابين بفقر الدم الوراثي قدراً كافياً من مادة الهيموغلوبين وهي المادة الصبغية التي تعطي خلايا الدم الحمراء لونها الأحمر القاني كما أن الهيموغلوبين يحمل الأوكسجين إلى أنسجة الجسم ويسبب النقص فيه حرمان أعضاء الشخص المصاب من الحصول على كفايتها من الأوكسجين.

أعراض المرض:

تظهر أعراض فقر الدم الوراثي إما عند الولادة مباشرة أو خلال ستة أشهر بعد الولادة وتتضمن هذه الأعراض:

- **شحوب الوجه والبشرة.**
- **التعب والإرهاق.**
- **التأفف والتذمر لأدنى الأسباب.**
- **فقدان الشهية.**
- **بطء النمو.**
- **قد يتطور المرض لدى المصابين إلى تضخم في القلب والكبد والطحال، كما يسبب هذا المرض تشوهاً وضعفاً في بعض العظام وخاصة عظام الوجه.**

العلاج:

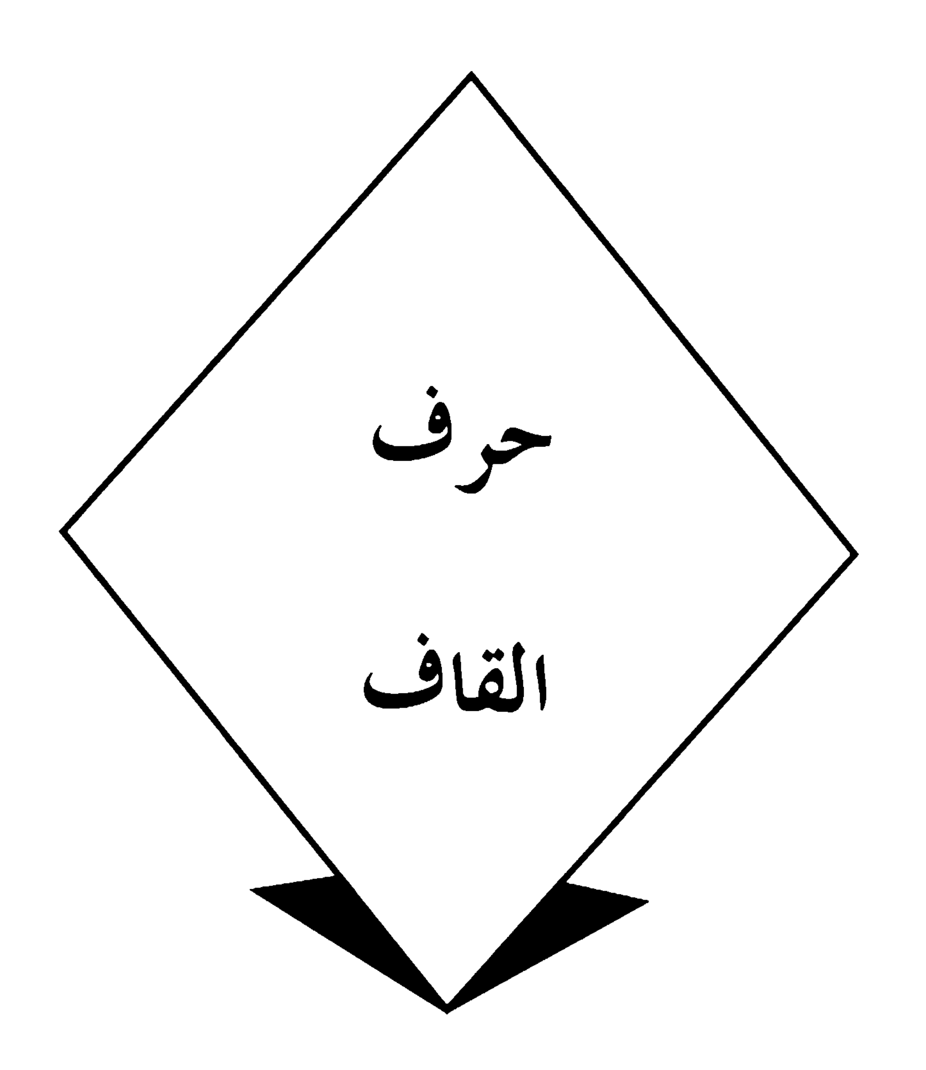
لا يمكن الشفاء من مرض فقر الدم الوراثي بشكل تام ولكن يمكن معالجته بنقل دم إلى المصاب كل ثلاثة إلى ستة أسابيع، **وتخفف هذه المعالجة ظهور أعراض المرض على المصاب إلا أنها في الوقت ذاته ترفع نسبة الحديد في القلب والبنكرياس وبعض الأعضاء الأخرى، وغالباً ما تسبب هذه الزيادة في حدوث مرض السكر أو القصور القلبي، ولا يزال الباحثون يعملون على تطوير طرق مناسبة لإزالة ترسبات الحديد من الجسم.**

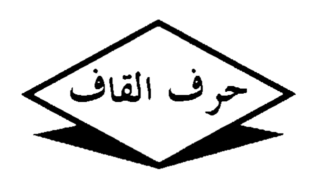
فقر الدم بسبب نقص حامض الفوليك Folic Acid deficiency:

يتشابه هذا النوع مع فقر الدم الناتج عن نقص فيتامين B١٢**، ويؤدي لحدوث كبر في حجم كريات الدم الحمراء يظهر من خلال الفحص المختبري للعينة الدموية، ويختلف عنه في أنه لا يصيب الجهاز العصبي، ولكنه يترافق مع الأمراض المزمنة مثل التدرن الرئوي وسرطان الدم** (الابيضاض) **والأمراض الدموية الانحلالية.**

العلاج:

يتم العلاج بإعطاء المريض حامض الفوليك بجرعة مقدارها ١-٥ ملغم يومياً **عن طريق الفم.**


حرف
القاف



قدع (قصو البصر) PresByopia:

هو تضاؤل القدرة على الرؤية عن قرب (مثلاً القراءة – الخياطة) **وتظهر عادة بعد سن الأربعين، وتزداد حدة مع التقدم في العمر دون أن تتأثر قوة النظر عن بعد.**

المسببات:

التناقص في مرونة العدسة البلورية بحيث لا تستطيع التكيف مع الرؤية عن قرب (مثلاً القراءة) **وتحدث هذه الحالة مع تقدم العمر.**

أعراض المرض:

- **إبعاد الأجسام الدقيقة أو الكتاب للتمكن من الرؤية بوضوح.**
- **الصداع.**

العلاج:

استخدام نظارة طبية للقراءة أو للأعمال القريبة من العين، **ويمكن أن تكون النظارة منقسمة إلى جزء علوي عادي للرؤية البعيدة وسفلي للقراءة والأعمال الدقيقة، ويغني استخدام النظارة الطبية للقراءة بناء على تعليمات الطبيب في حالة قصو البصر عن الكثير من المعاناة.**

قدم غاطسة Contact Dermatitis:

وهي حالة تصيب الجنود المعتصمين في الخنادق نتيجة لتعرضهم الطويل إلى البرودة المعتدلة، **ويؤدي نقص الدورة الدموية إلى ما يسمى الخدر ثم الوذمة وقد يحدث الموات في الحالات الشديدة.**

ويحدث في بلاد الشرق الأوسط ما يسمى بالقدم الغاطسة المدارية **والتي تنجم عن التعرض الطويل إلى الحرارة والتعرق والتعطين في المياه، وأكثر ما تشاهد لدى المصاب بفرط التعرض الأخمصي.**

أعراض المرض:

- يكون جلد القدمين أبيض متخمر ومتجعد.
- ظهور بقع الحمامي.
- الشعور بحكة شديدة.
- الشعور بالحروق في القدم.
- كثيراً ما يرافقها إصابات فطرية.
- فرط تقرن أخمصي.

العلاج:

يتم علاج هذه الحالة برش البودرات المجففة للقدمين وتعريض الأقدام للهواء بقدر المستطاع.

قذف السائل المنوي اللاإختياري:

هو حالة مرضية تصيب الذكور في سن الشباب، ويحدث فيها خروج السائل المنوي بشكل لا اختياري أثناء النهار، وهي كثيرة الحدوث.

المسببات:

إن الأسباب التي تؤدي للإصابة بهذه الحالة هي نفس الأسباب التي تسبب حدوث القذف المرضي أثناء الليل، ولكن في حالة قذف السائل المنوي اللاإختياري تكون أسباب خسران السائل المنوي نتيجة لوجود حالة مرضية أكثر شذوذاً وانحرافاً، حيث أن مجرد حدوث احتكاكات بسيطة على الأعضاء التناسلية أو بعض الأفكار الجنسية كفيلة بأن تحدث مثل هذه الظاهرة.

وقد تحصل هذه الحالة أحياناً بدون وجود أي سبب يدعو لذلك، وفي أحيان أخرى تحدث للشخص عند تفريغ الأمعاء من محتوياتها، بسبب ازدياد الضغط المسلط من قبل الفضلات على غدة البروستات، أو قد تحدث فور الانتهاء من تفريغ المثانة.

وتكون الكمية الخارجة من السائل المنوي اللاإختياري في بداية الأمر قليلة ثم تكثر هذه الكمية مع مرور الوقت، وقد تحصل هذه الحالة أحياناً عندما يصاب الشخص بالإمساك الحاد ثم تزول بزواله.

قذف ليلي Pollution:

هو خروج السائل المنوي بصورة عفوية في الليل أثناء النوم، وهناك نوعان من القذف الليلي:

- **النوع العادي: يحدث بسبب زيادة التوتر الداخلي نتيجة لإفراز الخصيتان باستمرار للخلايا التناسلية، ويسمى هذا النوع بالقذف الطبيعي** Physiological (Pollution) **أو الاحتلام الليلي.**
- **النوع غير العادي (المرضي): يحدث نتيجة لوجود مرض في الأعضاء التناسلية أو في أي ناحية أخرى من أنحاء الجسم، ويسمى هذا النوع بالقذف المرضي** (Pathological Pollution).

ولا يعتبر النوع الأول من القذف الليلي حالة مرضية أما تكرار حدوثه لعدة مرات في الأسبوع الواحد فيعتبر حالة مرضية، **وكذلك النوع الثاني إذ أن هذا القذف العفوي لا ينتج عن كثرة تجمع السائل المنوي في الخصيتين كما في الحالة الطبيعية.**

المسببات:

١- كثرة الأفكار الجنسية التي تراود الشخص حيث تكون هذه الأفكار محصورة في العقل الباطن (سيكولوجي) والتي لا تجد طريقاً للإفراج عن ذاتها إلا من خلال الاحتلام الليلي.

٢- إصابة الأعضاء التناسلية بمرض ما.

أما أسباب القذف المرضي فتعزى إلى:

أ- حدوث التهاب في القنوات المنوية.

ب- النشاط أو الجهد الزائد لغدة البروستات.

ج- النشاط الجنسي الشاذ:

مثل عدم القذف أثناء هذا النشاط والإفراط في استعمال العادة السرية مما يؤدي بالشخص إلى الانهيار السيكولوجي والذي يؤدي بدوره إلى القذف المرضي.

وتحدث الأحلام الجنسية أثناء الليل نتيجة الأفكار والرغبات الجنسية التي تحدث في النهار، **ففي هذه الحالة يشترك السبب السيكولوجي والفيزيولوجي في**

أحداثها، ويختص السبب السيكولوجي بالأفكار والرغبات المكبوتة بينما يختص السبب الفيزيولوجي بالحالة الصحية للأعضاء التناسلية، ويكون القذف مرضياً عندما يحدث لأقل التأثيرات الجنسية في حالة عدم التعبئة الكاملة للخصيتين بالسائل المنوي، كما أن الأفكار الجنسية في النهار والتي تؤدي إلى تكرار الانتصاب نهاراً تزيد من إنتاج السائل المنوي فيحصل القذف أثناء الليل، أي أن التهيجات الجنسية في النهار والتي لا يعقبها نشاط جنسي فعلي، يعقبها حدوث قذف أثناء الليل.

ويحدث القذف في الحالة الطبيعية أثناء الليل ويكون الانتصاب كاملاً قبل القذف وبعده، ويلاحظ الشخص ذلك عند اليقظة بعد القذف مباشرة، أما في الحالة المرضية فإن الانتصاب لا يكون كاملاً، كما أن الشخص لا يستيقظ بعد القذف مباشرة.

العلاج:

تسبب الشكوى في القذف المرضي اضطرابات لدى المرضى وتكون هذه الاضطرابات نفسية ثم تصبح فيزيولوجية، ولذلك يجب استشارة الطبيب الأخصائي في معالجة هذا النوع من الأمراض، ويجب على المريض أثناء المعالجة أن:

- يتبع نظاماً غذائياً خاصاً يكون غنياً بالخضراوات والفواكه الغنية بالفيتامينات والابتعاد عن تناول اللحوم والأسماك والكحول والجبن والبيض والموز والعسل والتمر كما يجب الإقلال من تناول الحليب والقهوة.
- يجب معالجة الإمساك الحاد: ويفضل علاجه من خلال تناول المصاب للأطعمة الغنية بالمواد النشوية مثل الخبز والبطاطا بالإضافة إلى الأطعمة الغنية بالخضراوات، فكثيراً ما يؤدي بقاء الفضلات في المستقيم إلى توليد ضغط يؤدي إلى حدوث القذف أثناء النوم، ولذلك فإن على المصاب أن يعود نفسه على إفراغ المثانة والمستقيم قبل ذهابه إلى النوم، إذ إن اتباع هذا النظام قدر الإمكان يؤدي إلى امتناع كثرة خروج السائل المنوي مما يتيح للغدد التناسلية الحصول على الراحة المطلوبة، وكذلك تخلصه من الفضلات التي تتراكم في الأمعاء الغليظة والمستقيم، كما يعمل على التقليل من ضغط الدم المتراكم في منطقة البطن والأعضاء التناسلية.

قرحة الاثني عشري Duodenal Ulcer:

هو حصول تقرح للغشاء المخاطي(Membrane) Mucosa **المبطن للقناة الهضمية** (Alimentary Canal) **في منطقة الإثني عشر** (وهي الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة)، **وذلك نتيجة العصارة الهضمية** (حامض الهيدروكلوريك) **وإنزيم البيسين، وقد زاد انتشاره بشكل كبير في بلدان العالم المتقدمة، إذ** يشتكي ٢% **من السكان تقريباً من قرحة المعدة والإثني عشر المعروفتان معاً باسم القرحة الهضمية** (Peptic Ulcer)**، والأكثر شيوعاً هي قرحة الإثني عشر التي غالباً ما تصيب المرضى بين سن** ٣٠ وسن ٥٠ سنة **وهي تقريباً الضعفين في الرجال مقارنة بالنساء.**

المسببات:

لا زالت الأسباب الرئيسية المسببة لقرح القناة الهضمية غير معروفة حتى اليوم، ولكن هناك عوامل تساعد في حدوثها منها:

١- **قد يهاجم أحياناً حامض الهيدروكلوريك** (HCL) **القوي الموجود في إفراز المعدة الغشاء المخاطي للمعدة** (Gastric Mucosa) **وكذلك قد يفعل إنزيم البيسين** (Pepsin) **الهضمي الشيء نفسه بالطبقة المخاطية للإثني عشري** (Mucosal Layer).

٢- **عامل الوراثة.**

٣- **التعرض للتوتر والقلق والشد النفسي المستمر.**

٤- **التدخين.**

٥- **تناول الكحول.**

٦- **تناول الأطعمة المخرشة للجهاز المخاطي للقناة الهضمية كالفلفل والبهارات.**

أعراض المرض:

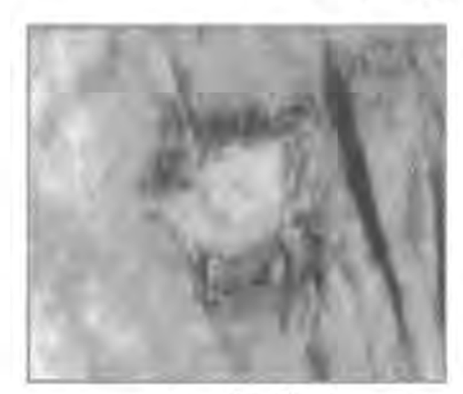
١- **الشعور بألم شديد في منطقة أعلى البطن إلى اليمين قليلاً، ويكون هذا الألم عادة قاسياً ومرتجعاً ويزداد عند الشعور بالجوع وخاصة في فترة ما بين الوجبات وأثناء الليل.**

٢- **الغثيان** (Nausea).

التشخيص:

ينصح أطباء الجهاز الهضمي بإجراء الفحوصات الخاصة بالقرحة الهضمية في حال استمرار شكوى تكرر آلام البطن لأكثر من أسبوعين بالرغم من العلاجات البسيطة والمسكنة للألم، **وتتشابه أعراض قرحة الإثني عشري مع أعراض قرحة المعدة تماماً ماعدا وقت الشعور بالألم ففي حالة قرحة الإثني عشري يكون الشعور بالألم عندما يجوع المصاب، بينما في حالة قرحة المعدة يكون الشعور بالألم بعد تناول المصاب للطعام، ويعتبر وقت حدوث الألم من العلامات المميزة بين القرحتين.**

ولكي يكون التشخيص صحيحاً وجب إجراء فحوصات التشخيص، وأول هذه الاختبارات يتم في قسم الأشعة (X-Ray) بعد أخذ المريض لوجبة الباريوم (Barium Meal) وتعمل له صور شعاعية ملونة حيث تحدد هذه الصور مكان وجود القرحة.



قرحة الإثني عشر



قرحة الإثني عشر بالمنظار

وأهم الفحوصات التي يعتمد عليها في تشخيص القرحة الهضمية بصورة عامة هي:

١- الأشعة الملونة للمعدة والإثني عشر.

٢- التنظير الداخلي للمريء والمعدة والإثني عشر: ويعتبر أدق الفحوصات من الناحية التشخيصية، ويتم إجراء المنظار الداخلي للمعدة عن طريق إدخال

المنظار (وهو أنبوب دقيق وطويل مجهز بكاميرا) **في الحلق ويمرر إلى المعدة والإثني عشر، حيث يصبح بمقدور الطبيب رؤية جدار المعدة والإثني عشر واكتشاف القروح، ويمكنه في نفس الوقت** (في حال وجود القرحة) **من أخذ عينات من جدار المعدة لفحصها للتأكد من وجود بكتيريا المعدة الحلزونية أو أي أمراض أخرى نادرة قد تسبب القرحة.**



المنظار المعوي الذي يستخدم في التشخيص

العلاج:

١- الحمية الغذائية: **تعتبر أهم علاج لقرحة الإثني عشري ويكون ذلك من خلال تجنب تناول الأطعمة الحامضية والابتعاد عن تناول الأطعمة التي تزداد فيها نسبة الحموضة أو التوابل والدهون لأنها تضاعف من الألم والحرقان، وكذلك يجب الإقلاع عن التدخين بأنواعه، والامتناع عن المشروبات الكحولية.**

٢- **تجنب الاضطرابات النفسية كالقلق والتوتر والحزن والغضب لأن لها تأثيراً كبيراً في إحداث الألم.**

٣- **استعمال الأدوية المضادة للحموضة** (Antiacid Drugs)**، حيث يستعمل لعلاج قرحة الإثني عشر أحد الأدوية التالية:**

- الأتروبين (Atropine).
- حبوب بروبانثين (Brobanthin).
- حبوب أنترنيل (Antenil).
- حبوب ليبراكس Librax.
- حبوب ستلابيد Stalabid .

كما يستعمل دواء التاكاميت (Tagamit) لعلاج قرحة الإثني عشري، وتؤخذ عادة حبة من أحد هذه الحبوب قبل تناول الطعام بنصف ساعة.

ولا بد من الإشارة هنا إلى وجوب تجنب مريض القرحة تناول الأسبرين أو الأدوية التي يدخل الأسبرين في تركيبها، وعدم استعمال الأسبرين تحت أي ظروف.

وإذا دعت الحاجة إلى استخدام المسكنات أو مخفضات الحرارة فيجب على المريض استشارة الطبيب قبل استخدامها، حيث إن الطبيب يصف له أدوية لها نفس المفعول دون أن تسبب الضرر للمعدة، أو الإثني عشر المصابة بالقرحة مثل دواء الجيسيك (Algisic) وغيره.

ويجب على المريض المتابعة مع الطبيب الاستشاري لأمراض الجهاز الهضمي للحصول على أفضل الطرق لعلاج القرحة الهضمية ولمتابعة التطورات العلمية الحديثة في علاج هذا المرض.

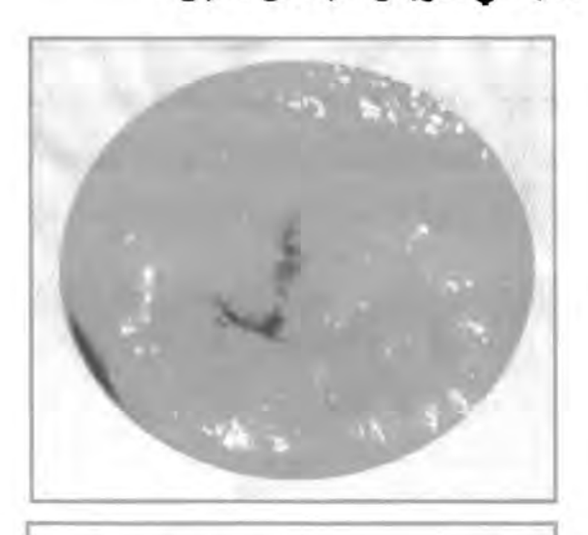
المضاعفات:

١- النزف الدموي في الإثني عشر:

قد يحدث دون وجود شكوى أو أعراض أخرى للقرحة الهضمية كالألم في البطن وحينئذ يكون النزف الشكوى الأولية والوحيدة في المرضى المصابين بالقرحة.

وقد يكون النزف مزمناً فيشتكي المريض من الأعراض الجانبية لفقر الدم المزمن، أو يكون حاداً وشديد حيث ينتج عن هذا التدفق الحاد للدم من جدار الأمعاء العلوية الإعياء الشديد وليونة البراز الممزوج بالدم المائل للون الدم أو الأسود اللزج

(كالقطران)، كما قد يشتكي المريض أحياناً من الغثيان.



قرحة معوية سرطانية (صورة بالمنظار)



رسم توضيحي لنزف القرحة الهضمية



نزف القرحة الهضمية صورة بالمنظار

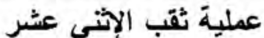
٢- ثقب الإثني عشر:

يحدث الثقب في هذه الحالة نتيجة تآكل ما تبقى من طبقات جدار المعي اسفل القرحة الهضمية بسبب تأثير الأحماض المعدية، **وينتج عن ذلك اندفاع البكتيريا، والطعام، وعصارة المعدة إلى فجوة البطن مسبباً تلوثها ويعتبر ثقب الجهاز الهضمي من المضاعفات المهمة والخطيرة، إذ يحدث تدهور خطير في الحالة الصحية للمريض فيشتكي من آلام حادة وشديدة وارتفاع في الحرارة وإعياء شديد يستدعي إدخاله المستشفى لإجراء عملية جراحية عاجلة لسد الثقب وتطهير فجوة البطن المتلوثة.**



ثقب في الإثني عشر

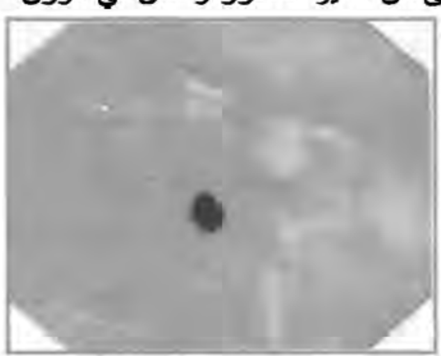




عملية ثقب الإثني عشر

٣- تضيق في الجزء الأول من الإثني عشر (Stenosis Duodenal):

يحدث عادة في الحالات المزمنة، بسبب تعدد التقرحات وتقاربها في هذا الجزء من الإثني عشر مما ينتج عنها تليفاً (أي تكون نسيجاً ندبياً) **في جدار الإثني عشر، ويزداد التليف بمرور الوقت مسبباً ضيق الجزء الأول من الإثني عشر إلى درجة أنه لا يسمح بمرور الطعام من فجوة المعدة إلى الأمعاء الدقيقة، وعند ذلك يشعر المريض بالغثيان ويعانى من التقيؤ المتكرر وفقدان في الوزن.**



تضيق الإثني عشر (صورة بالمنظار)

قرحة القولون Ulcerative Colitis:

هو مرض التهابي مزمن غير معروف السبب يحدث غالباً في سن الشباب ويكون مترافقاً مع الاضطرابات النفسية ويكون هـذا المرض على شكل تقرحات سطحية تحدث في الغشاء المخاطي المبطن للقولون.

المسببات:

١- الإصابة بالالتهابات الجرثومية.

٢- التعرض للاضطرابات النفسية الشديدة والتوترات العصبية والقلق.

٣- التحسس لأنواع معينة من الأطعمة أو الأدوية.

أعراض المرض:

١- آلام في أسفل البطن.

٢- إسهال دموي.

٣- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٤- الضعف والوهن العام.

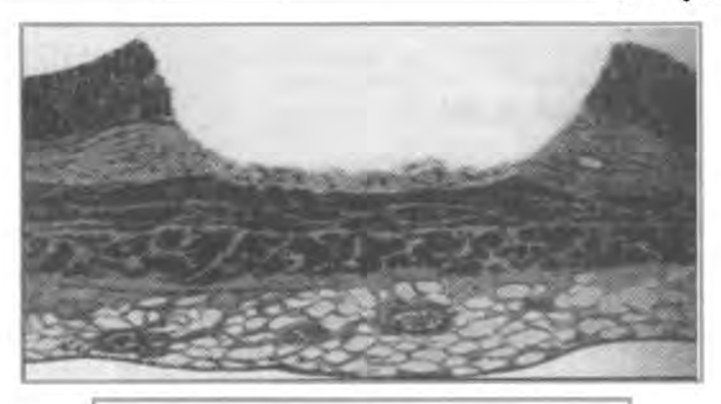
قرحة المعدة Peptic Ulcer:

هي حدوث تقرح في الغشاء المخاطي (Mucosa) للمعدة (Gaster) ينتج عن تمزق محدود للبطانة السطحية الواقية للمعدة، وينتج عن هذا التمزق ملامسة الأنسجة الداخلية لبطانة المعدة بعصارة المعدة بما تحتويه من أحماض.

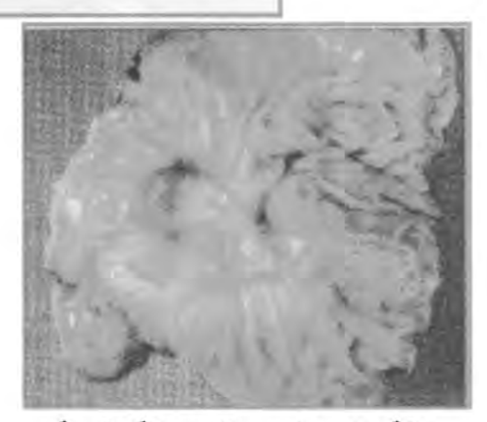
وقـد ازداد انتشار هذا المرض زيادة ملحوظة في النصف قرن الماضي وخاصة في دول العالم المتقدمة بسبب تعقيدات الحياة، وغالباً ما تصيب قرحة المعدة المرضى بعد سن ٦٠ سنة، والقرح التي تصيب الجهاز الهضمي بشكل عام أكثر انتشاراً لدى الذكور عنه لدى الإناث وخاصة في:

- الأشخاص ذوي البنية النحيفة.
- الأشخاص ذوي المزاج القلق المتوثب.
- الأشخاص الذين يكونون في موقع المسؤولية ومن هم أكثر عرضة للضغوطات النفسية.

ومع أنه في أغلب الأحيان يكون حجم قرحة المعدة بحجم نصف سنتمتر إلا أنها قد تسبب أعراضاً مزعجة وآلاماً مبرحة عند مرور الحامض عليها.



قطاع نسيجي بالقرحة مجهرياً يظهر تآكل الطبقة السطحية لبطانة المعدة أو الإثني عشر



عينة من جدار معدة مصابة بقرحة



قرحة بجدار المعدة

المسببات:

لا تزال أسباب الإصابة بقرحة المعدة (Peptic Ulcers) والقروح التي تصيب القناة الهضمية ((Gastrointestinal Tract (GIT)) بصورة عامة، ليست واضحة، ولكن الأبحاث الطبية الحديثة كشفت عن أن مسببات القرحة الهضمية تتلخص في عاملين أساسيين:

أ- الإصابة ببكتيريا المعدة الحلزونية **Helicobacter Pylori:**

يعتبر وجود وتكاثر هذه البكتيريا في الطبقة المخاطية من بطانة المعدة السبب الأساسي للقرحة في الغالبية العظمى من المرضى فهي تستطيع أن تتعايش مع حامض

المعدة عن طريق فرز إنزيمات خاصة تحميها من الحامض المعدي.

وتعتبر هذه البكتيريا السبب الرئيسي في تكرار الإصابة بالقرحة ما لم تعالج بالمضادات الحيوية المناسبة، وتتواجد هذه البكتيريا في أمعاء نسبة كبيرة من الأفراد في بعض المجتمعات (وخاصة الشرقية منها) ولكن دون إصابتهم بالقرحة، لذلك يعتقد العلماء أن الإصابة بالقرحة تحدث إذا كان هنالك استعداد وراثي للمريض، بالإضافة إلى الإصابة بأصناف معينة من هذه البكتيريا القادرة على إحداث الضرر.



بكتيريا المعدة الحلزونية

ب- استعمال الأدوية المضادة للالتهاب (NSAID):

إن تناول العقاقير المضادة للالتهاب (مثل التهابات المفاصل والروماتيزم) ومسكنات الآلام مثل الأسبرين يضعف من قدرة نسيج الأمعاء على الالتئام ويؤدي إلى التهاب بطانة المعدة والأمعاء الدقيقة، ويمكن تجنب كل هذه المضاعفات عن طريق تجنب هذا النوع من العقاقير إن أمكن، واستبدالها بعقاقير أقل ضرراً على بطانة الجهاز الهضمي، كاستخدام البراسيتامول (البَندول) كمسكن للآلام ومخفض للحرارة.

- إذا كان تناول هذه العقاقير بانتظام حسب نصيحة الطبيب المعالج فيستحسن تناولها أثناء الوجبات أو بعدها.
- عندما تسبب تلك الأدوية مضاعفات على بطانة الجهاز الهضمي ينصح الطبيب المعالج بتغيير الدواء أو استعمال أدوية تعمل على حماية بطانة الجهاز الهضمي عامة.



صورة بالمنظار لتقرحات سـطحية نتيجـة تعاطي المسكنات (المناطق الحمراء)

ج- وهناك عوامل تساعد على الإصابة بقرحة المعدة وهـي:

١- التوتر والقلق والاضطرابات النفسية الحادة.

٢- عوامل وراثية .

٣- زيادة إفراز حامض الهيدروكلوريك (HCL) الذي تفرزه المعدة (العصارة المعدية Gastric Secretion).

٤- وجود التهابات معدية مزمنة.

٥- الاحتكاك الدائم لجزيئات الطعام أثناء مرورها عبر القناة المعوية أو أثناء وجودها في المعدة (وخاصة إذا كانت هـذه الجزيئات كبيرة الحجم وغير ممضوغة بشكل جيد)، وقد تتسبب هذه الجزيئات أو القطع الكبيرة في إحداث جروح أو خدوش في الغشاء المخاطي للمعدة، وبتعرضها المستمر إلى حامض الهيدروكلوريك HCL فإنها تتحول إلى قرح.

٦- التدخين الذي يزيد من إفراز وتركيز حامض المعدة فيضاعف خطر الإصابة بالقرحة وكذلك يؤخر شفاء القرحة أثناء العلاج.

٧- تناول المشروبات الكحولية والتي قد تسبب التهيج والتآكل في جدار المعدة مسببة التقرح.

٨- تناول الأطعمة التي تسبب تخرشاً للمعدة كالبهارات والفلفل.

٩- تأثير بعض هرمونات الجسم: لوحظ أن هناك زيادة في نسبة حدوث القرحة بين الرجال عن النساء فتتراوح النسبة بين ٤:١ إلى ١٠:١ وهذه الزيادة جعلت الكثير من العلماء يعتقدون أن لهرمون الاستروجين علاقة في وقاية الغشاء المخاطي من التقرح، ويعزز ذلك الاعتقاد تقارب نسبة الإصابة بين الرجال والنساء في سن اليأس عندما تقل نسبة هذا الهرمون في الدم. كما وجد أن زيادة هرمون (غلوكوكورتيكويد) الذي تفرزه الغدة الكظرية تسبب زيادة نسبة إفراز الحامض، والمرضى الذين يستعملون هذا الهرمون أو أيٍّ من مشتقات الكورتيزون معرضون لتقرحات المعدة والإثني عشر.

١٠- وجود أمراض تساعد على ظهور القرحة أهمها مرض تليف الكبد والتهاب المفاصل والتهاب البنكرياس المزمن.

أعراض المرض:

١- تظهر أول أعراض قرحة المعدة على شكل نوبات متكررة من عسر الهضم (Indigestion) تستمر لأيام قليلة فقط، وتفصلها فترات طويلة دون ظهور أعراض، ولكن الذي يستحق الملاحظة إن هذه النوبات تحدث عادة عند التعرض للتوتر والقلق، ثم تصبح هذه النوبات أطول مع تقدم المرض والفترات التي تتخللها أقصر حتى يعاني المريض (بعد فترة قد تطول أو تقصر) من ألم يكاد يكون مستمراً.

٢- آلام في المعدة وخاصة عند الجوع، أو بعد فترة قليلة من تناول الطعام ويتصف هذا الألم بأنه غير حاد بل مبهم، ويكون عادة في أعلى البطن (فم المعدة (Epigastrium)) في وسط وأعلى البطن فوق السرة، وكثيراً ما يصحو المريض من الألم في الساعات الأولى من الصباح وأحياناً ينتشر الألم من البطن إلى الظهر، وقد يستمر من دقائق إلى عدة ساعات، وغالباً ما تخف حدة الآلام بعد الأكل أو عند تناول الأدوية الخافضة للحموضة.

٣- الغثيان (Nausea) والتقيؤ (Vomiting) وفقدان للشهية وما يستتبع ذلك من تناقص للوزن.

٤- نزف قرحة المعدة في حالات القرح الشديدة ويظهر هذا في البراز الذي يكون ذو لون وشكل يشبه الزفت إلى حد كبير.

٥- فقر الدم (Anemia).

التشخيص:

إن أعراض قرحة المعدة مميزة لدرجة إنه في إمكان الطبيب أن يشخص المرض بناءً على التاريخ المرضي للمريض فقط، ويؤكد التشخيص الفحص السريري للمريض واكتشاف الإحساس بالألم في منطقة فم المعدة، ولكن من الصعب التمييز بين قرحة المعدة وقرحة الإثني عشر بمجرد الاعتماد على التاريخ المرضي والأعراض فقط، لذلك يجب إجراء فحوصات واختبارات في المستشفى منها:

١- إجراء صورة شعاعية ملونة للمعدة، ويتم ذلك من خلال إبقاء المريض صائماً عن الطعام والشراب لفترة اثنتي عشر ساعة، يعطى بعدها سائل الباريوم (كبريتات الباريوم) وهو سائل أبيض اللون غير قابل للذوبان، لذلك فهو غير سام والباريوم هو معدن ثقيل معتم للأشعة، ويسمى هذا الاختبار "وجبة الباريـــوم (Barium Meal)" يطرحه الجسم إلى الخارج على شكل فضلات صلبة. وبعد مرور نصف ساعة من شرب المريض لهذه المادة تعمل له عدة صورة شعاعية حيث تظهر صورة القرحة بوضوح كحفرة في الجدار الداخلي للمعدة.

٢- يعمل منظار للمعدة لرؤية الجدار الداخلي للمعدة ويعتبر هذا أسرع وأضمن تشخيص للمرض.

المضاعفات:

١- النزيف المعدي: يشكو المريض في هذه الحالة من التقيؤ الدموي (Haematamesis) ويكون لون البراز أسود شبيهاً بالزفت (Melena).

٢- الإنثقاب المعدي: يحدث تثقب في جدار المعدة نتيجة لتآكله بفعل العصارة المعدية.

٣- حدوث تضيق في الفتحة البوابية بسبب الوذمة (Edema) التي تحصل في الغشاء المخاطي للمعدة، أو بسبب التليف الذي قد يحدث في موضع القرحة مما

يؤدي إلى حدوث تضيق في مخرج المعدة (الفتحة البوابية)، ويمنع هذا التضيّق مرور الطعام المهضوم جزئياً إلى الأمعاء الدقيقة فيبقى في المعدة حتى يتقيؤه المريض.

العلاج

يتم علاج قرحة المعدة عن طريق:

١- القضاء على بكتيريا المعدة الحلزونية:

وذلك باستخدام المضادات الحيوية المناسبة، التي أحدثت نتائج ممتازة في شفاء والتئام القرحة وكذلك في عدم تكرار الإصابة بها على المدى البعيد في حوالي (٨٠-٩٠)% من المرضى.

٢- الحمية الغذائية:

يجب على مريض القرحة أن يقلع نهائياً عن التدخين وعن تناول الكحول وأن يتجنب تناول الأطعمة المخرّشة التي تزيد من ألم المعدة مثل التوابل والحوامض والدهون وغيرها، ويجب أيضاً أن لا يترك معدته خالية من الطعام لأن حامض الهيدروكلوريك الموجود في المعدة يعمل على زيادة القرحة، مما يزيد من سوء الحالة فيزداد عليه الألم، ولذلك يجب عليه أن يتناول وجبات صغيرة بين الوجبات الرئيسية يتخللها الحليب واللبن حيث أنهما يعادلان
حموضة المعدة.

٣- الأدوية المضادة للحموضة (Antiacid Drugs):

تستعمل الأدوية المضادة للحموضة من أجل معادلة حموضة المعدة للتخفيف من الألم، وهناك أنواع عديدة من هذه الأدوية أبرزها دواء يدعى (هايدروكسيد الألمنيوم) (Aluminum Hydroxide Gels) وهو فعال جداً في معادلة هذه الحموضة، ويكون هذا الدواء على شكل سائل قلوي أبيض اللون يتناوله المريض عند حدوث الألم، أو عند الشعور بالحرقة في المعدة أو بعد مرور ساعة من تناول كل وجبة طعام.

وهناك الأدوية المضادة لإفراز الكولين (Anticholinergic Drugs) والكولين هذا يقوم بتحفيز العصب التائه (الحائر) (Vagus) (وهو فرع من الأعصاب

المتفرعة من الجهاز العصبي الباراسمبثاوي (نظير الودي)) حيث يعمل هذا العصب على تنشيط الغدد المعدية على إفراز الحامض المعدي حامض الهيدروكلوريك (HCL) ومن هذه الأدوية:

- الأتروبين (Atropine).
- حبوب بروبانثين (Brobanthin).
- حبوب أنترنيل (Anternil).
- حبوب ليبراكس (Librax).

وتستعمل حبة واحدة من أحد هذه الحبوب قبل نصف ساعة من كل وجبة طعام لكي يتم امتصاصها وتبدأ مفعولها بعد تناول الطعام.

ولهذه الأدوية تأثيرات جانبية (Side Effects) مثل:

- جفاف الفم.
- صعوبة في التبول.
- الشعور بالنعاس (Drowsiness).

أما الأدوية التي تساعد على شفاء القرحة بشكل تام فهي:

حبوب التاكاميت (Tagamit): وهذا الدواء يقلل أو يمنع الغدد المعدية من أداء عملها المتمثل في إفراز حامض الهيدروكلوريك (HCL) فتقل تبعاً لذلك حموضة المعدة وتندمل القرحة.

٣- التداخل الجراحي:

قد يحتاج المريض في الحالات الشديدة إلى التداخل الجراحي من أجل إزالة القرحة، ويوضع المريض بعد إجرائه العملية على حمية مؤلفة من الحليب لحين خروجه من المستشفى.

٤- يجب على المريض أن يتجنب التوتر والإرهاق الجسمي والنفسي وأن يبتعد عن كل ما يسبب له القلق ويثير الاضطرابات النفسية، وأن يتعود على النوم المبكر وتجنب السهر.

الأدوية التي يجب أن يتجنبها مريض القرحة:

يجب على الشخص المصاب بقرحة المعدة أن يتجـنب تناول دواء الأسبرين

بشكل خاص وكل دواء يدخل الأسبرين في تركيبه، وبإمكانه تناول قرص من دواء البَنَدول (Panadol) أو قرص من دواء الجيسيك (Algisic) بعد استشارة طبيبه المعالج.

المتابعة بعد العلاج:

ينصح مريض القرحة الهضمية بالمتابعة مع الطبيب المختص للتأكد من القضاء على البكتيريا المسببة للقرحة وذلك بإجراء التحاليل الخاصة بها ويمكن كذلك إعادة الفحص بالمنظار وخاصة في حالة الإصابة بقرحة المعدة للتأكد من شفائها التام ولأخذ العينات النسيجية إذا تبين عدم شفائها، حيث أظهرت الدراسات إنه في حوالي ٥ % من حالات قرحة المعدة تكون القرحة غير حميدة ويستوجب استئصالها جراحياً.

قرحة لينة Chancroid. Molle – Ulcus

وهي من الأمراض الزهرية وتعرف أيضاً بالقرحانة أو القريح وتنتقل عن طريق الاتصالات الجنسية.

المسببات:

يسبب هذه القرحة نوع من البكتيريا المسماة بعصيات دوكراي (Ducrey's Bacillus) وتبدأ مرحلة العدوى بعد ساعات قليلة من الاتصال الجنسي بين المصاب والشخص السليم، وتدوم مدة هذه المرحلة ما بين يوم إلى ثلاثة أيام وأحياناً عشرة أيام، وتصيب هذه البكتريا الأغشية التناسلية وليس الأغشية المخاطية التي تقاوم المرض، فيصاب القضيب (عند الرجل) والشفرين الكبيرين والصغيرين ومدخل المهبل (عند المرأة)، كما تصيب الشرج ومنطقة الفخذين في أسفل البطن عند الرجل والمرأة، وتصيب هذه القرحة الرجال أكثر من النساء.

أعراض المرض:

تظهر قرحة حمراء في مكان الإصابة وتكون هذه القرحة رخوة وغير ملساء أي لها ارتفاعات وانخفاضات ولها عمق مقيح ولون أصفر فاسد وتكون مؤلمة، ومما يسهل من انتشار العدوى بسرعة ظهور هذه القرح بشكل متعدد فتحدث العدوى نتيجة لالتصاق الأنسجة فيما بينها.

وتمتاز هذه القرحة بسرعة الظهور ولا تصيب الأغشية المخاطية في المهبل

وعنق الرحم أو باطن الفم، ولها القابلية على التضخم والانتشار موضعياً وهي قرحة قارضة أي أنها تسبب تلف في الجلد المجاور لها أو القلفة، وتنتقل ١٠% من هذه القروح المؤلمة إلى العقد الأربية الليمفاوية مسببة تلف العقد الليمفاوية، فينتج عن ذلك الاحمرار السريع لهذه العقد ثم تتورم وتفرز السوائل الصفراء الفاسدة، وقد يؤدي ذلك إلى انسداد المجاري الليمفاوية. ثم تتطور الإصابة إلى حدوث تورم وتضخم في القضيب والأعضاء التناسلية الأخرى.

التشخيص:

يتم يشخص هذا المرض عن طريق الفحص المختبري حيث يتم فحص عينة من القرحة بعد زراعتها مختبرياً فيظهر في نتيجة هذا الزرع وجود بكتريا (Ducery).

العلاج:

إن القرحة اللينة هي مرض يسير إذا ما قورن بالزهري، ويتضمن العلاج:

١- استعمال دواء الستربتومايسين (Streptomycin) بنسبة غرام واحد يومياً.

٢- أو إستعمال السلفونمايد (Sulfonamide).

٣- أو إستعمال البودرة المطهرة مع المراهم المناسبة على القروح.

الوقاية:

تتم الوقاية من خلال:

١- اتباع الوسائل الصحية والنظافة الشخصية.

٢- عدم التعرض للإصابة بالأمراض الجنسية ويتم ذلك من خلال تجنب الممارسات الجنسية الشاذة.

٣- مراجعة الطبيب بانتظام لكي يتمكن من تشخيص هذا المرض وعلاجه مبكراً ووقاية أفراد الأسرة من الإصابة به.

قشرة الرأس Pityriasis Capitis:

هو مرض شائع ويعتبر أحياناً ظاهرة جلدية أكثر من كونه مرضاً جلدياً بسبب انتشاره إذ أن نسبة الإصابة به تصل إلى ٥٠% من الناس، وهي عبارة عن قشور

بيضاء اللون متفاوتة الحجم رقيقة تظهر على فروة الرأس، وغالباً ما تحدث في عمر الشباب وتبدأ قشرة الرأس بالظهور بعد سن العشرين وتزداد بعد سن الثلاثين وتصيب كلا الجنسين على السواء.

ويشكو المريض أحياناً من حكة في الرأس **ويشعر ببعض الحرج بسبب وجود هذه القشرة بشكل ظاهر إذ إنها تظهر في معظم أنحاء شعر الرأس، وتكون فروة الرأس خالية من أي بثور جلدية أخرى.**

المسببات:

هناك عدة عوامل تسبب ظهور قشرة الرأس أهمها:

١- **عوامل وراثية.**

٢- **عوامل هرمونية:** ناتجة عن زيادة الهرمونات الذكرية.

٣- **الإصابة بفطر البتيروسبورم** (Pityrosporum Ovale).

٤- **زيادة إفراز المادة الدهنية في فروة الرأس: وتزداد بشكل خاص في بعض الحالات النفسية وفي فصل الشتاء مما يؤدي إلى زيادة قشرة الرأس.**

العلاج:

ليس هناك علاجاً شافياً تماماً لقشرة الرأس ولكن العلاج الحالي المستعمل يسيطر على المرض ويخفيه لفترات متفاوتة، وينصح المريض باستعمال العلاج بشكل مستمر في أغلب الحالات، وأهم العلاجات المستعملة هي:

١- كيتوكنازول.

٢- سيلينيوم سلفايد.

٣- النار (القطران).

٤- سالسليك أسد.

٥- السلفر (الكبريت).

٦- الكورتيزون الموضعي.

قشور Crusts:

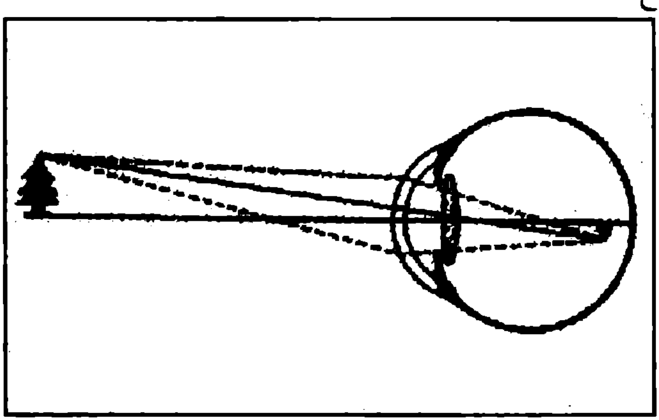
هي حالة تقشر في طبقة البشرة تحدث في الجلد بعد جفاف الحويصلات والفقاعات والبثور.

قصر النظر Myopia:

هي الحالة التي تتكون فيها صور الأجسام أمام الشبكية بدلاً من أن تتكون على الشبكية نفسها مما يؤدي إلى عدم وضوح الرؤية.

أعراض المرض:

- عدم وضوح الرؤية عن بعد مفضلاً الجلوس عن قرب لتدقيق الرؤية (مثل مشاهدة التليفزيون).
- تضييق الجفون (شبه إغلاق الجفون للرؤية) عن بعد.
- الحول عند الأطفال.
- الصداع.



قصور الغدة الدرقية Hypothyroidism:

هو خمول أو عدم مقدرة الغدة الدرقية على تصنيع أو إفراز هرمون الثايروكسين بالمستوى المطلوب للجسم، ويسمى كذلك بالميكزيديما Myxoedema، وقصور الغدة الدرقية من أكثر أمراض الغدد الصماء شيوعاً، ويصيب النساء أكثر من الرجال.

المسببات:

تكون أسباب قصور الغدة الدرقية إما أولية Primary بمعنى أن الخلل والمرض في الغدة نفسها أو ثانوية Secondary، وهي نادرة، لخلل في المحور تحت السريري النخامي Hypothalamic-Pituitary-Axis مما يؤدي إلى نقص في الهرمون المحرض للغدة الدرقية Thyroid Stimulating Hormone.

الأسباب الأولية لقصور الدرقية **Primary Causes of Hypothyroidism**:

١- أسباب ولادية (خِلقية) **Congenital**:

- غياب الغدة الدرقية **Thyroid Agenesis**: هي حالة تكون فيها الغدة الدرقية غير موجودة في الجسم منذ الولادة لعدم تكونها أثناء تكون وتطور الجنين.
- بقايا منتبذة للغدة الدرقية **Ectopic Thyroid Remnants**: وجود بقايا للغدة الدرقية في الجسم نتيجة لخلل في تكونها.

٢-خلل في إنتاج الهرمون **Hormone Synthesis Defects of**:

- نقص اليود **Iodine deficiency**: تكون الغدة الدرقية غير قادرة على تصنيع وإفراز هرمون الدرقية (الثايروكسين) نتيجة لنقص اليود في الجسم، ويحصل ذلك غالباً في المناطق الجبلية مثل منطقة الألب، الهملايا، أمريكا الجنوبية وأفريقيا الوسطى والتي ما تزال تعاني من نقص اليود في الطعام، ويؤدي نقص اليود إلى الإصابة بالدُراق (تضخم الغدة الدرقية) Goitre حيث يكون متوطناً في بعض المناطق ويعرف بالدُراق المُتوطن Endemic Goitre.
- لا تكون الهرمون **Dyshormonogenesis**: وهي حالة نادرة الحدوث، تحدث نتيجة لخلل وراثي في تصنيع هرمون الغدة الدرقية، ويصاب المريض بقصور وتضخم (الدُراق) الدرقية.
- الأدوية ضد الدرقية Antithyroid Drugs والتي تستخدم لعلاج فرط الدرقية Hyperthyroidism وأدوية أخرى مثل الليثيم Lithium، أمايودارون Amiodarone والإنترفيرون Interferon.

٣- التهاب الدرقية المنيع للذات **Thyroiditis Autoimmune**:

- قصور الدرقية (المنيع للذات) الضموري **Atrophic (Autoimmune) Hypothyroidism**: **وهو أكثر أسباب قصور الدرقية حدوثاً، ويتميز بوجود أضداد ذاتية للغدة الدرقية في الدم** Antithyroid Auto-Antibodies **والتي تؤدي إلى غزو الغدة بخلايا الدم الليمفاوية** Lymphoid Infiltration **ومن ثم ضمور الغدة وتليفها، وتصيب هذه الحالة النساء** ٦ مرات **أكثر من الرجال، وتكثر الإصابة به مع تقدم العمر، ويكون مصاحباً عادة بأمراض أخرى منيعة للذات** Autoimmune Diseases **مثل فقر الدم الوبيل** Pernicious Anemia، **البهق** Vitiligo **وقصور غدد صماء أخرى** Endocrine Deficiencies.
- داء هاشيموتو **Hashimoto's Thyroiditis**: **هو التهاب الغدة الدرقية نتيجة لوجود أضداد ذاتية لخميرة البيروكسيديز الدرقية في الدم** Anti-Thyroid Peroxidase Auto-Antibodies، **ويصيب النساء أكثر من الرجال في أواخر العمر المتوسط، ويؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية وقصورها.**
- التهاب الدرقية ما بعد الوضع **Postpartum Thyroiditis**: **غالباً ما يكون هذا الالتهاب ظاهرة انتقالية تتبع فترة الحمل، ويمكن أن يؤدي إلى فرط الدرقية** (زيادة إفراز الهرمون) Hyperthyroidism **أو قصورها** Hypothyroidism **أو الاثنين معاً تتابعاً، ويعتقد بأنه ناتج عن التعديلات الضرورية للجهاز المناعي** Immune System **أثناء الحمل، وغالباً ما تكون الحالة** (قصور الدرقية) **مؤقتة ولكن مع وجود أضداد ذاتية للدرقية في الدم تتحول الحالة إلى قصور دائم في الدرقية.**

٤- بعد التهاب الدرقية تحت الحاد **Post-subacute Infective Thyroiditis**:

ينتج عن التهاب الدرقية بالفايروس، وتكون الأعراض المبدئية هي الحمى والإرهاق وألم في الرقبة وألم موضعي فوق الدرقية، ويكون هناك زيادة في عمل الغدة في البداية ولكن بعد عدة أسابيع يبدأ القصور بالظهور، وتسمى هذه الحالة كذلك بداء دي كويرفينز de Quervain's Thyroiditis.

٥- قصور الدرقية ما بعد الجراحة **Post Surgical Hypothyroidism**:

ينتج عن إزالة الغدة الدرقية بالعملية الجراحية لسبب ما مثل الدُراق أو السرطان.

٦- قصور الدرقية ما بعد التشعيع **Hypothyroidism Post-Irradiation**:

- قصور الدرقية ما بعد العلاج باليود المشع Therapy Radioactive Iodine والذي يستخدم لتحطيم الغدة الدرقية لعلاج حالات فرط الدرقية Hyperthyroidism.
- تشعيع الرقبة External Neck Irradiation وهو استخدام العلاج بالإشعاع لمرض في الرقبة خارج الغدة الدرقية مما يؤدي إلى تلفها وقصورها، مثل تشعيع الرقبة لعلاج سرطان الغدد الليمفاوية Lymphoma.

٧- قصور الدرقية نتيجة لترشحات سرطانية **Tumour Infiltration**:

يحدث نتيجة لغزو الغدة الدرقية بخلايا سرطانية من عضو آخر في الجسم ومن ثم تلفها وقصورها.

الأسباب الثانوية لقصور الدرقية **Secondary Causes of Hypothyroidism**:

١- قصور الغدة النخامية Hypopituitarism:

ينتج عن قصور الغدة النخامية قصور في إفراز الهرمون المحرض للغدة الدرقية Thyroid Stimulating Hormone المهم لعمل الغدة الدرقية إذ أنه يحرضها على إنتاج وإفراز هرمون الدرقية.

٢- المقاومة الطرفية لهرمون الدرقية **Peripheral Resistance to Thyroid Hormone**:

تنتج وتفرز الغدة الدرقية الهرمون طبيعياً ولكن الخلايا لا تستجيب له، مما يؤدي إلى ظهور أعراض قصور الدرقية رغم وجود الهرمون في الدم.

أعراض المرض:

- الشعور بالتعب و الإرهاق.
- زيادة الوزن.
- عدم تحمل الطقس البارد.

- انتفاخ الوجه وتغير ملامحه.
- ضعف الذاكرة وكثرة النسيان.
- الكآبة.
- الفتور الجنسي.
- الدُراق (تضخم الغدة الدرقية).
- انتفاخ العيون.
- جفاف وتقصف الشعر.
- جفاف وخشونة وتجعد الجلد.
- الشعور بآلام في المفاصل والعضلات.
- ضعف العضلات وتيبسها.
- الإمساك.
- غزارة Menorrhagia أو قلة Oligomenorrhoea الدورة الشهرية في النساء.
- الإصابة بالذهان Psychosis.
- نقص في حدة السمع أو الصمم.
- الإصابة بالغيبوبة.
- بطء الحركة والكلام وخشونة الصوت.
- برودة الأطراف وتورمها.
- الإصابة بمتلازمة النفق الرسغي Carpal Tunnel Syndrome.

وقد لا تظهر الأعراض على الأطفال المصابين بقصور الدرقية، ولكن يكون لديهم نقص وتخلف في النمو وضعف الانتباه والأداء المدرسي وفي بعض الأحيان تخلف البلوغ.

والنساء الشابات اللائي يشتكين من قلة Oligomenorrhoea أو توقف Amenorrhoea أو غزارة Menorrhagia الدورة الشهرية أو العقم Infertility أو فرط إفراز البرولاكتين Hyperprolactinemia، يجب إستثناء قصور الدرقية فيهن.

التشخيص:

- إجراء تحليل الدم الذي يؤكد وجود قصور الدرقية الأولي حيث يظهر ارتفاع مستوى الهرمون المحرض للدرقية في الدم TSH والذي يكون مرتفعاً.
- قياس مستوى هرمون الثايروكسين الرباعي الكلي Total T_4 والثايروكسين الحر Free T_4 في الدم يكون منخفضاً في حالات قصور الدرقية الأولي أو الثانوي.
- في حالات قصور الدرقية الثانوي نتيجة خلل في المحور تحت السريري النخامي يكون مستوى TSH منخفضاً أو طبيعياً مع انخفاض مستوى الثايروكسين في الدم.
- تحليل الأضداد الذاتية للدرقية AntiThyroid Antibodies في الدم يكون موجباً في حالات قصور الدرقية المنيع للذات.
- تحاليل الدم الأخرى تبين وجود فقر الدم Anemia، وارتفاع مستوى الكوليسترول Hypercholesterolaemia وانخفاض مستوى الصوديوم في الدم Hyponatraemia وكذلك ارتفاع بعض الخمائر (إنزيمات) في الدم مثل AST و CK.

العلاج:

يكون العلاج بتعويض النقص بهرمون الثايروكسين T_4 مدى الحياة، ويبدأ العلاج بإعطاء المريض جرعة مقدارها ١٠٠ مايكروغرام يومياً وللأشخاص كبار السن أو صغار البنية يمكن البدء بجرعة ٥٠ مايكروغرام ثم زيادتها إلى ١٠٠ مايكروغرام بعد (٢-٤) أسابيع.

ويبدأ العلاج مع الأشخاص الذين يعانون من الذبحة الصدرية بجرعة ٢٥ مايكروغرام ثم تزاد تدريجياً مع عدم وجود أعراض أو تغيرات في رسم (تخطيط) القلب ECG، وبعدها يعمل فحص وظائف الدرقية Thyroid Function Test لقياس مستوى TSH و T_4 للوصول بهما إلى المستوى الطبيعي.

وتكون جرعة الثايروكسين المنتظمة غالباً (١٠٠-١٥٠) مايكروغرام يومياً، تؤخذ كجرعة واحدة ويجب المتابعة على الأقل مرة سنوياً بعمل تحليل وظائف الغدة الدرقية مع ملاحظة ظهور أو تراجع أي عرض.

ويشعر المريض بالتحسن بعد أخذ العلاج بأسبوعين، ويمكن أن تتحسن الأعراض كلياً مدة ٦ أشهر من بدأ العلاج.

قصور الدرقية والحمل:

إذا كانت المرأة الحامل مصابة بقصور الغدة الدرقية ولم يعالج أثناء الحمل، فإن ذلك له تأثير سلبي ومضاعفات على الحامل والجنين معاً وكالتالي:

١- مضاعفات تحدث للمرأة الحامل:

- الإصابة بفقر الدم.
- الإصابة بحالة ما قبل الإرجاج re-Eclampsia.
- تمزق المشيمة Placental Abruption.
- نزف ما بعد الوضع (الولادة) Haemorrhage Post-Partum.
- خلل في وظائف القلب (مثل قصور عمل القلب) Cardiac Dysfunction.
- الإجهاض Abortion.

٢- مضاعفات تحدث للجنين:

- ولادة الجنين قبل إستكمال نموه (الخدج) Pre-Maturity.
- موت الجنين في الرحم، أو ولادة جنين ميت Still Birth.
- نقص نمو وتطور الجهاز العصبي لدى الجنين Poor Neurological Development.

قصور الكلى Renal Failure:

هو قصور شديد يحدث في وظائف الكليتين مما يؤدي إلى نقص في كمية البول المطروح يومياً مما ينتج عنه زيادة تركيز أملاح اليوريا والكرياتين في الجسم فيؤدي إلى ظهور أعراض سريرية خطيرة.

المسببات:

هناك عوامل عديدة تسبب قصور الكلى منها:

١- أسباب عامة مثل:

- حالات فقدان الدم أو البلازما.

- قصور القلب الحاد.
- بعد الإصابة بالالتهابات الشديدة.
- ارتفاع ضغط الدم الخبيث.

٢- أسباب في الجهاز البولي:

- التهابات الكلى.
- الخثرة.
- التسمم الكلوي لبعض المعادن مثل كلوريد الزئبق.
- انسداد الحالب أو المثانة بالحصى أو الأورام السلطانية.

الأنواع:

أ- قصور الكلى الحاد Acute Renal Failure:

هو قصور حاد في وظيفة الكليتين يؤدي إلى قلة طرح البول وزيادة تركيز اليوريا والكرياتين في الجسم.

المسببات:

١- الإصابة بقصور القلب الحاد.

٢- بعد التعرض للإصابة بالالتهابات الشديدة.

٣- الإصابة بارتفاع ضغط الدم الخبيث.

٤- فقدان الدم أو البلازما كما في حالات الحروق والجروح.

٥- في حالات نقل الدم غير المتوافق.

٦- إصابة الكليتين بالالتهاب.

٧- تكون الخثرة الدموية.

٨- انسداد الحالب أو المثانة بالحصى أو الأورام الخبيثة.

٩- التسمم الكلوي ببعض المعادن مثل كلوريد الزئبق.

أعراض المرض:

١- قلة كمية الإدرار: حيث تكون أقل من ٤٠٠ مليمتر يوماً.

٢- ظهور دم في البول.

٣- ظهور الوذمة (Oedema) في الأطراف السفلى.

٤- فقدان الشهية.

٥- تسارع نبضات القلب.

٦- الشعور بالوهن وانحطاط القوى.

٧- عسر التنفس بسبب ارتفاع الضغط في الرئتين.

ب- قصور الكلى المزمن **Chronic Renal Failure**:

يحدث قصور كلوي دائم في وظائف الكليتين إلى الحد الذي يجعلهما غير قادرتين على حفظ البيئة الداخلية للجسم (Internal Environment) في الحدود الطبيعية.

وقد يحدث هذا بسبب قصور الكلى الحاد نتيجة للتخزين التدريجي في الكليتين، مما يؤدي بالتالي إلى فقدان وظيفة الكلى الدائم، وتظهر أعراض هذا القصور على أجهزة الجسم المختلفة.

المسببات:

إن أي مرض يتلف جزءاً كبيراً من النسيج الكلوي يمكن أن يؤدي إلى قصور كلوي مزمن، وأهم هذه الأمراض هي:

١- التهاب حوض الكلية المزمن (Chronic Pyelonephritis).

٢- التهاب النيفرونات المزمن (Glomerulonephritis) أو التهاب كبيبات الكلى، وهو من أهم الأسباب المؤدية إلى إصابة الكلية بالقصور المزمن.

٣- ارتفاع ضغط الدم الشديد (Idiopathic Hypertension).

٤- تأثير ارتفاع السكر في مرض السكري (Diabetes Millitus) الطويل المدى على الكلية.

٥- انسداد المجاري البولية (Urinary Tract Obstruction) كالانسداد الناجم عن الإصابة بتضخم البروستات عند الرجال، وعن وجود حصى في أجزاء الجهاز البولي.

٦- الأمراض الغراوية (Collagen Diseases) وغيرها من الأمراض المناعية، وتشمل:

- الذأب الاحمراري المنتشر (Disseminated Lupus Erythematosus).

- التهاب الشرايين المتعدد العجري (Polyateritis Nodosa).
- الفرفرية التأقاتية (Anaphylactoid Purura).
- أو فرفرية شونلاين وهنوك (Henoch – Shoenlein Purura).

٧- التهاب الكلية المصاحب لالتهاب الشغاف البكتيري.

٨- الداء النشواني (Amyloid Disease) بنوعيه الابتدائي والثانوي.

٩- أمراض أخرى مثل كسل الكليتين وموه الكليتين (Hydronephrosis) وداء النقرس والتهاب الكلية الوراثي وغيرها.

١٠- إصابة الكلية بالتدرن.

أعراض المرض:

تكون أعراض هبوط الكلى المزمن شديدة بسبب تراكم المواد السمية في الجسم، حيث تفقد الكلية قدرتها على طرح هذه المواد إلى خارج الجسم، وتشمل هذه الأعراض جميع أجهزة الجسم وهي:

١- الشعور بالوهن والانحطاط في القوى.

٢- تدهور عام في الصحة.

٣- تغير في كمية البول: فقد تقل كمية البول أو تزيد، ولكنها غالباً ما تكون اعتيادية إلا في أدوار المرض المتقدمة حيث تقل كميته، ولكن البوال الليلي (Nocturia) موجود عادة نتيجة لضعف قدرة الكلية على تركيز البول.

٤- عسر التبول: لا يشتكي منه المريض إلا في حالة وجود التهاب في المجاري البولية.

٥- قلة أو فقدان الشهية.

٦- ضيق التنفس.

٧- شحوب وازرقاق الجلد مع الشعور بالحكة.

٨- فقر الدم مع شحوب الوجه واصفرار الجلد: يصيب فقر الدم مرضى القصور الكلوي المزمن بصورة منتظمة وتكون خلايا الدم الحمراء طبيعية في حجمها وصباغها.

٩- الغثيان والتقيؤ.

١٠- نوبات من الإسهال الدموي: كثيراً ما يحدث هذا العرض في المراحل المتقدمة من المرض.

١١- تيبس اللسان مع ظهور تقرحات في الأغشية المخاطية للفم.

١٢- ظهور رائحة كريهة في الفم تشبه رائحة البول: يحدث في المراحل المتقدمة من المرض بسبب تراكم أملاح اليوريا في الجسم.

١٣- ارتفاع في ضغط الدم: يرتفع ضغط الدم في أغلب المرضى أما نتيجة لزيادة الماء والملح، أو لزيادة إفراز مادة الرنين (Renin) من الكلية المصابة أو لكلا السببين معاً، ويسبب ارتفاع ضغط الدم هذا تخريباً إضافياً في الكليتين فتبدأ حلقة مفرغة، حيث إن مرض الكلية يرفع الضغط وارتفاع ضغط الدم يزيد من مرض الكلية.

١٤- يصاب القلب بالتضخم ثم يعجز عن أداء وظيفته، فيبدأ بعجز في البطين الأيسر، يليه عجز في البطين الأيمن وقد يصاحبه التهاب غشاء التامور (Pericarditis).

١٥- تصلب الشرايين: يشتد هذا التصلب ويتقدم بسرعة لأسباب غير واضحة عند مرضى قصور الكلية المزمن مسبباً مضاعفاته المعروفة في الشرايين التاجية والشرايين الدماغية وشرايين الأطراف.

١٦- تخفت قوى المريض العقلية وتكثر الاضطرابات النفسية مثل الكآبة والقلق ثم يختلط الفكر ويخبو الوعي، ويذهب المريض أخيراً في سبات.

١٧- التهاب الأعصاب المحيطية: هي إحدى مضاعفات المرض، والتي يستغرق ظهورها وقتاً طويلاً لذلك فإن المرضى الذين يعالجون بالديلزة يكونون عرضة له بسبب إطالة العلاج لحياتهم.

١٨- قد تظهر نتيجة فحص شبكية العين وجود آثار فرط الضغط المعروفة بدرجاتها المختلفة.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

١- الأعراض السابقة.

٢- التاريخ المرضي للمريض.

٣- الفحص السريري.

٤- **إجراء الفحوصات المختبرية:** حيث يجرى فحص الدم في المختبر ليتم التأكد من الإصابة بقياس كمية اليوريا في الدم والتي تكون مرتفعة عادة، **وكذلك فحص الكرياتين الذي يعتبر أدق في تقدير شدة المرض لعدم تأثره بنوع الغذاء كما هي حال اليوريا. ويمكن تقدير معدل الترشيح الكبيبي** (Glomerular Filtration Rate) **بقياس نصفية الكرياتين التي تساويه تقريباً لأن مادة الكرياتين لا تمتص ولا تفرز في الكبيبات، كما يتم فحص السكر في الدم وفحص البول في المختبر.**

٥- تصوير الجهاز البولي بالأشعة الملونة والأمواج فوق الصوتية.

٦- إجراء الفحوص الخاصة بالأمراض الغراوية.

العلاج:

تتوفر ثلاثة طرق مكملة لبعضها في علاج القصور الكلوي هي:

١- العلاج الغذائي (الطريقة المحافظة) (Dietary treatment):

- **تقليل كمية الزلال المسموح بها حسب شدة المرض حتى يصل إلى حد ٢٠غم يومياً ولا تخفض إلى أقل من ذلك لأن الجسم عندئذ يستهلك الزلال الموجود في خلاياه ويتلفها ويفضل أن يتناول المريض الزلال الحيواني ومصادره اللحم والبيض والحليب.**
- **تحديد كمية ملح الطعام التي يتناولها المريض يومياً.**
- **يعطى فيتامين (د) بكميات كبيرة (من** ١٠٠-٢٥٠ ألف وحدة يومياً) **وذلك إذا كان تركيز الكالسيوم في الدم قليلاً أو وجدت على المريض علامات مرض في العظام.**
- **يعطى المريض معلق هيدروكسيد الألمنيوم عن طريق الفم لخفض نسبة الفوسفات في الدم عن طريق اتحاد المعلق المذكور بأملاح الفوسفات الموجودة في الأمعاء مانعاً امتصاصها إذ إن انخفاض نسبة الفوسفات يقلل من احتمال ترسيب فوسفات الكالسيوم في الأنسجة الرخوة كما أنه يساعد في ارتفاع نسبة الكالسيوم في الدم مما يسبب انخفاضاً في إفراز غدد جار الدرقية.**
- **يجب علاج فقر الدم المصاحب بعجز الكلية المزمن بالأدوية والأطعمة الغنية بالحديد.**

٢- استخدام الكلية الاصطناعية بمواعيد منتظمة:

حيث يتم تنقية الدم من المواد السامة عن طريق انتشار المواد بينه وبين محاليل معينة التركيب من خلال أغشية نصف نفاذة (Semipermeable)**، ويتم ذلك**

إما بتمرير الدم من خلال أنابيب أو صفائح تتكون جدرانها من مواد تركيبية (Symthetic Material) نصف نفاذة مغمورة في سائل معين دائم التغير، وهو الإنفاذ الدموي (Haemodialysis) والكلية الاصطناعية(Artificial kidney).

وأما تتم تنقية الدم من خلال صب المحلول الإنفاذي (Dialysing Solution) في الجوف البريتوني، ثم يترك لمدة معينة يتم أثنائها الانتشار بينه وبين الدم الجاري في الأوعية الدموية الشعرية لغشاء البروتون ثم يتم إخراجه بعد ذلك وتسمى هذه العملية بالإنفاذ البريتوني (Peritoneal Dialysis).

ويعالج المريض المصاب بقصور الكلية المزمن بإحدى الطريقتين أعلاه بصورة متكررة لما تبقى من حياته والإنفاذ الدموي هو أكثر ملائمة وهو المتبع في أغلب الحالات.

٣- العلاج الجراحي:

حيث يتم إجراء عملية زرع كلية (Renal transplantation) للمريض بدلاً من الكلية التالفة.

قمل الجسد Pediculosis Corporis:

يعيش هذا النوع من القمل بين طيات ثياب المصاب وقليلاً ما يشاهد بين شعر الجسم، ويكون حجمه كبير ولونه أبيض.

ويقوم القمل بلدغ مضيفه ليتغذى على دمه مما يؤدي هذا إلى الشعور بالحكة العامة في جميع أنحاء الجسم، وتترافق هذه الحكة أحياناً بحدوث اندفاعات شروية وسحجات خطية (نتيجة للحك الشديد).

وتبدو السحجات هذه على شكل خطوط متوازية وخاصة بين الكتفين من ناحية الظهر، وإذا أصبحت الحالة شديدة سببت تصبغات خاصة سمراء في الجلد، مع ظهور تقيحات ثانوية مختلفة من قوباء ودمامل وغيرها مما يجعل الداء ذات صفات خاصة يسمى عندئذ بداء المشردين.

العلاج:

تعتبر النظافة من أهم أسس العلاج ومن ثم استعمال الـــ د.د.ت على شكل بودرة أو محلول بنسبة (١٠%) ويجب أن يتم غلي الملابس وأغطية الفراش من شراشف وغيرها، كما تعالج التقيحات الثانوية بما يلزم.

قمل الرأس Pediculosis Capitis:

وهو من الأمراض الجلدية الشائعة جداً وخاصة عند الأطفال والمتشردين.

المسببات:

تسبب هذه الحالة حشرات تتطفل على جسم الإنسان وتتغذى بدمه أثناء اللدغ وتضع بيوضها المسماة بالصئبان على شعره أو بين طيات ثيابه **ويقسم القمل إلى ثلاثة أنواع رئيسية:** قمل الرأس، وهو أكثرها شيوعاً. وقمل الجسد وقمل العانة.

أعراض المرض:

تؤدي حشرة القمل بلدغها إلى أحداث أعراض مزعجة أهمها:

- الحكة الشديدة.
- ظهور عناصر اكالية كثيراً ما تؤدي إلى تقيحات ثانوية في الجلد، ويظهر بشعور المصاب بحكة شديدة في الرأس، وفي النقرة بشكل خاص ويترافق غالباً بحدوث تقيحات ثانوية تبدو بقشورها الصفراء المعروفة أو بالتهاب في الحويصلات الشعرية، وهذا ما يغطي الإصابة الأصلية ويخفي معالمها.

لذلك يجب فحص الشعر جيداً عند كل طفل يشكو من حكة شديدة في رأسه، ويمكن أن تشاهد الحشرة بين طيات الشعر بلونها الأسمر المغبر، أو يستدل عليها بواسطة بيضها (الصئبان) والتي تبدو على شكل كتل بيضاوية صغيرة عالقة بجذر الشعر علوقاً وهذا ما يميزها عن القشرة العادية في الرأس.

العلاج:

يعالج قمل الرأس باستعمال مركب جاما بنزين هيكسا كلوريد وتفيد حلاقة الشعر حيث أنها تسهل تطبيق العلاج وتسرع بالشفاء، وتعطى المضادات الحيوية إذا ترافقت الإصابة بالتهاب ثانوي مع المطهرات الموضعية ومضادات الحكة ويمكن استخدام مركبات البنزيل بنزوات والملاثيون الطبي.

ويمكن التخلص من الصئبان (بيوض القمل) الملتصقة على الشعر وذلك بأجهزة تمشيط خاصة، وحالياً ظهرت أجهزة الكترونية (مشط الكتروني) ليقتل الصئبان والقمل.

قمل العانة (الطاطاي) Phthirius pubis:

يكون حجم هذا النوع من القمل صغير نسبياً وشكله مربع ورأسه قصير ولونه أسمر مسود ولا يعيش إلا على شعر العانة والمنطقة المحيطة به.

وينتقل القمل غالباً من المصاب إلى السليم بواسطة بالاتصالات الجنسية، أو عن طريق لبس ملابس المصاب الداخلية أو النوم في فراشه أو حتى عن طريق استعمال المراحيض الإفرنجية الملوثة.

أعراض المرض:

عندما يصاب الشخص بقمل العانة فإنه لا يشعر في اليوم الأول من انتقاله بأي عرض يدل عليه وبعد أن يهيأ مسكنه الذي يكون عادة في ناحية العانة، ويؤمن أوكاره ويضع بيوضه قرب منبت الشعر وسرعان ما تفقس هذه البيوض وتخرج صغارها، وما هي إلا أيام قليلة حتى تصبح منطقة العانة مسرحاً لهذا الطفيلي المؤذي، فيشعر المصاب به بالتآكل ويبدأ بالحك مما يتولد في جلده خدوشاً وبقعاً حمراء تملأ الجلد وتحدث فيه حرقة وإذا نظر إلى مكان الحشرة فإنه لا يجد حشرة تمشي بل يجد مكان الحشرة لطخة سمراء (تشبه الشامة الصغيرة) وإذا حكها فإنها لا تتحرك ولا يستطيع رفعها لأنها تلتصق بكلاليبها في الجلد فلا تطيق فراقه.

ويمكن أن ينتشر قمل العانة إلى جميع أماكن الجسم الحاوية على الشعر ما عدا شعر الرأس حيث يمكن ملاحظته على شعر الحاجبين والأطراف وحتى الأهداب ويبدو على شكل تجمعات هائلة بلون مزرق أو رصاصي.

العلاج:

تقوم المعالجة أولاً على إزالة شعر المنطقة المصابة ثم تمسح المنطقة المصابة بمرهم الزئبق أو بغسولات فان سويتن (Van Swieten) أو محلول بنزوات البنزيل وغيرها من مضادات الطفيليات، والأفضل منه مسحوق الـ د.د.ت بنسبة (٥ – ١٠%) وبذلك يضمن المصاب موت القمل ولكنه لا يضمن موت بيوضها.

ويزول التآكل في الحال بموت القمل أما بيوض القمل المتواجدة في جذور الشعر فعلى المصاب أن يثابر على رش المنقطة بالمسحوق حتى ينمو الشعر مجدداً

رافعاً معه البيوض الخفية الملتصقة بجذوره والتي تموت فوراً بمجرد ملامستها لمسحوق الـــ (د. د.ت.). ولزيادة التأكد من القضاء التام تكرر هذه العملية ثلاث مرات إذ أن هذا المسحوق لا يضر بالجلد. وقد يستعمل بعض الناس النفط (البترول) للقضاء على هذه القمل ولكن ذلك يسبب مرضاً جلدياً مؤلماً بسبب الخدوش التي يسببها.

ويجب عزل المصابين ومعالجتهم وتطهير ملابس المصاب وأغطية الفراش بالغلي ثم بالكي جيداً، كما يجب العناية بشروط النظافة العامة.

قوباء سوداء (قرة) **Ecthyma**:

وهي عبارة عن شكل عميق من القوباء الشقراء وغالباً ما تقع الإصابة هنا على الوجه الأمامي للطرفين السفليين وعلى قاعدة مرتشحة.

المسببات:

العامل المسبب هو عبارة عن نوع من بكتيريا المكورات العقدية.

أعراض المرض:

العلامة المرضية الأولية هي ظهور فقاعة تنقلب بسرعة إلى بثرة ثم إلى قشرة سوداء سميكة تترك بعد زوالها ندبة مصطبغة تستمر لفترة طويلة من الزمن.

وتشاهد الإصابة عند الأشخاص المصابين بأمراض معينة مثل المرضى المصابين بمرض السكري والمرضى المصابين بالجرب أو بالدوالي.

قوباء شقراء **Impetigo**:

وهي إحدى التهابات الجلد البكتيرية وتسمى أيضاً القوباء الصفراء أو (الصفرة) وهي عبارة عن إصابة جلدية سطحية يكون عامل الاندفاع الأولي فيها فقاعة صغيرة تقع مباشرة تحت الطبقة القرنية من البشرة، تتحول بسرعة إلى بثرة ذات لون أصفر مميز وتسقط هذه البثرة عادة بعد أسبوع من تشكلها.

وتقع القوباء الشقراء غالباً على المناطق المكشوفة من الجسم الوجه وحول الفم وتكون الإصابة عادة شديدة الانتشار ولذلك تسمى أيضاً بالقوباء السارية، حيث تسري الإصابة بسرعة بين كافة أفراد الأسرة أو بين طلاب الصف الواحد، ومن هنا وجب عزل المصاب بها. ولا تخلف الإصابة بالقوباء أي ندبة أو أثر ويزول الاصطباغ الظاهر بعد الشفاء بسرعة.

قيلة مائية (أدرة) Hydrocelle:

يوجد بين الخصية وجلد كيس الصفن فراغ يشبه الفراغ الموجود بين الجفن والعين ويرطب هذا الفراغ سائل شفاف قليل جداً لا يكاد يبان، وفي بعض الحالات الالتهابية التي تصيب كيس الصفن يكثر هذا السائل وينحبس بين الكيس الجلدي والخصية بسبب عدم وجود مخرج له، مما يؤدي إلى حدوث تضخم في حجم كيس الصفن وانتفاخه، وتسمى هذه الحالة بالقيلة المائية أو الأدرة (hydrocelle).

المسببات:

١- أسباب خلقية.

٢- تعرض الخصية إلى رضوض.

٣- إصابة الخصية بالالتهابات.

٤- الإصابة بالأمراض السرطانية.

٥- وجود ضعف عام في الجسم.

٦- مرض يصيب الخصية أو البربخ.

الأنواع:

هناك عدة أنواع من القيلة المائية منها:

١- قيلة خلقية (ولادية):

تحدث عند الأطفال وتزول تلقائياً عندما يستلقي الطفل المصاب على ظهره إذ إن الجسم يقوم بامتصاص السائل تلقائياً.

٢- قيلة مكتسبة:

قد تحدث لدى الذكور في جميع الأعمار، وإذا ازداد نموها بشكل سريع دل ذلك على وجود أورام سرطانية.

أعراض المرض:

١- تكون القيلة أحياناً محيطة بالخصية بشكل كامل فيكون كيس الصفن في هذه الحالة منتفخاً.

٢- تكون القيلة أحياناً مصحوبة بفتق (Hernia).

٣- قد تكون الإصابة بخصية واحدة أو بالاثنين معا.

٤- تكون القيلة عبارة عن تورم مليء بالسائل البلازمي يمر الضوء من خلاله ولا

يتغير حجمه أو ينتفخ أثناء السعال.

العلاج:

يتم علاج القيلة المائية حسب نوعها:

أ- إذا كانت القيلة من النوع الخلقي فإنها تترك لامتصاص الجسم الذاتي.

ب- إذا كانت القيلة من النوع المكتسب فإنها تعالج جراحياً حيث يتم بزل السائل المتجمع إلى خارج الجسم.

وتعالج القيلة المائية كما يلي:

١- معالجة الضعف الجسمي:

وذلك بتقوية الجسم تقوية عامة من خلال التغذية الصحيحة وممارسة التمارين الرياضية.

٢- المعالجة الجراحية:

من خلال إجراء عملية البزل الجراحي (أي سحب السائل المتجمع في كيس الصفن كلما تراكم)، ثم يحقن بمادة اليود.

ويكون السائل المبزول الذي يستخرج من كيس الصفن ذو لون أصفر صاف فإذا كان لونه عكراً فيدل على حدوث التهاب ما فيجب معالجته بعد تحديد العامل المسبب.

المضاعفات

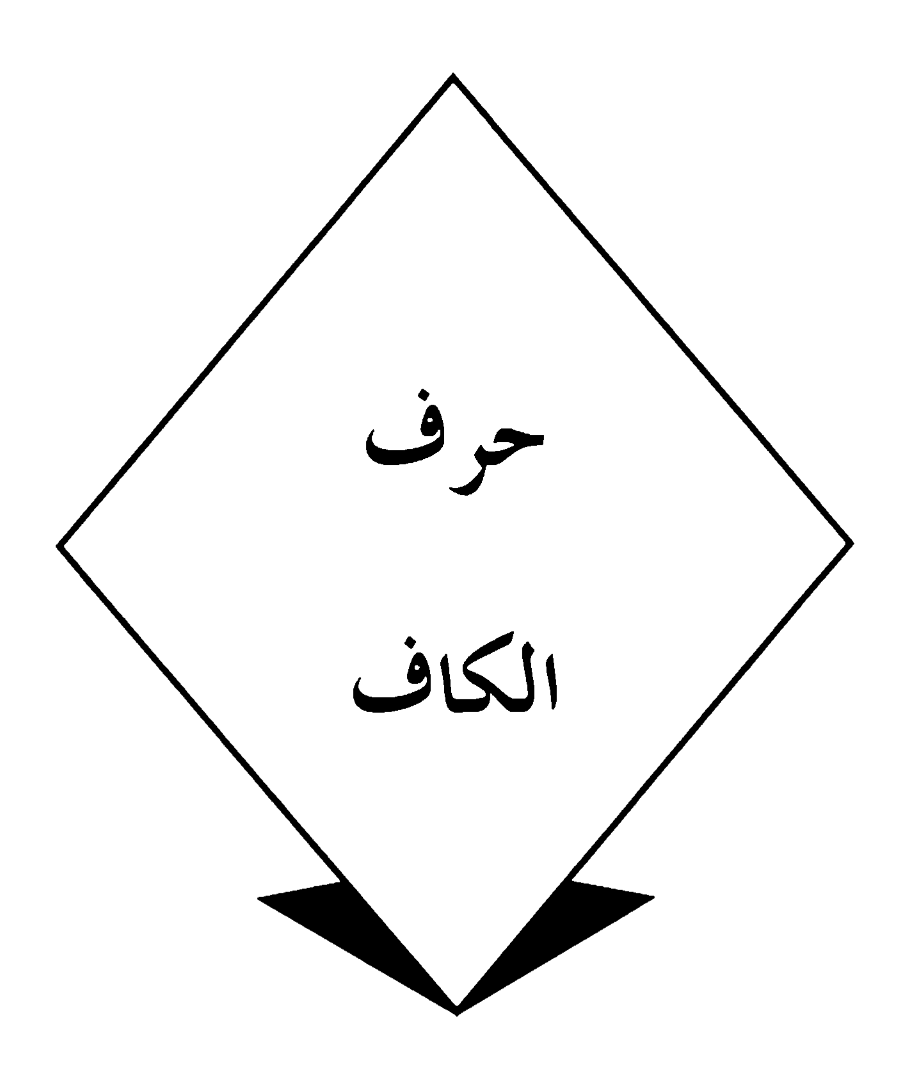
أ- حدوث ضمور في الخصية: إذا لم يتم معالجة القيلة المائية، فإن الضغط الذي يولده السائل المحصور على الخصية يسبب ضمورها وبتوالي السنين يزداد هذا الضمور مما ينتج عنه الإصابة بالعقم، فتفقد تلك الخصية وظيفتها ولم تعد قادرة بعد ذلك على إنتاج حيوانات منوية صالحة للتلقيح والإخصاب وتكوين الحمل، ولذلك يلجأ الأطباء إلى إجراء عملية البزل الجراحية من أجل تخليص الخصية من الضغط الذي يسببه السائل عليها.

ب- حدوث فتق.

ج- قد تنفجر القيلة إذا تعرضت إلى ضغط خارجي شديد أو إذا تعرضت إلى ضربة قوية.

د- قد تتحول إلى قيلة معوية.

هـ- حدوث التكلس.


حرف
الكاف



كثرة الدموع Watery Eye:

وهي حالة تزداد فيها كمية الدموع الظاهرة في العين عن الشكل الطبيعي نتيجة لزيادة إفراز الغدد الدمعية المحيطة بالعين (Lacrimation) أو بسبب تراكم الكمية الطبيعية نتيجة خلل في التصريف خلال القنوات الدمعية (Epiphora).

المسببات:

- وجود جسم غريب على سطح العين.
- جفاف العين.
- الشتر الداخلي.
- حساسية العين
- التهاب سطح العين (فايروسي، بكتيري).

أسباب تراكم الدموع:

١- ترهل في الجفون.

٢- الشتر الخارجي.

٣- انسداد القنوات الدمعية الخلقي عند الأطفال.

٤- انسداد القنوات الدمعية المكتسب عند الكبار وينتج من:

- تقدم العمر.
- إلتهاب القنوات الدمعية الحاد أو المزمن.
- العمليات الجراحية في منطقة الأنف.
- إصابات الحوادث.
- ارتخاء الجفن.

أعراض المرض :

١- كثرة الدموع في محيط العين.

٢- تكرار إصابة الملتحمة بالالتهابات البكتيرية (Recurrent Conjunctivitis) .

٣- تكرار الإصابة بالالتهابات في القنوات الدمعية (Dacryo Cystitis).

٤ - التهاب القنوات الدمعية.

العلاج:

١- تشجيع المريض على مسح الدموع إلى أعلى بدلاً من الطريقة الاعتيادية (مسح إلى أسفل) لتجنب ترهل الجفون السفلية وتفاقم المشكلة.

٢- إزالة الأسباب التي تؤدي إلى إثارة العين.

٣- استخدام بعض القطرات لتجفيف العين.

٤- علاج التهاب القنوات الدمعية بالمضادات الحيوية.

٥- في حالة الانسداد الخلقي عند الأطفال ينصح بعمل تدليك في الزاوية الداخلية للعين من أعلى إلى أسفل، وفي حالة استمرار الأعراض بعد السنة الأولى من العمر تجرى عملية تسليك للقنوات الدمعية.

٦- إجراء عملية جراحية لتجاوز الانسداد في القنوات الدمعية لدى الكبار وتسليك القنوات الدمعية.

٧- إجراء عملية جراحية لشد أو تعديل وضع الجفون إذا كانت السبب في المشكلة.

كساح Rickets:

ويسمى أيضاً بمرض لين العظام (Osteomalacia)، يصاب بهذا المرض الأطفال وهو يعوق التكوين الطبيعي لشكل العظام نتيجة لنقص المعادن، فيصبح عظم الطفل ليناً مما يؤدي إلى حدوث الانحناءات (التقوس) والتشوهات في تشكيل عظامه ويكون ذلك نتيجة لنقص فيتامين (د) "D" لعدم تعرض الجسم لضوء الشمس بدرجة كافية، وهو الذي يساعد على إنتاج هذا الفيتامين في جسم الإنسان، أو لعدم امتصاصه على النحو الأمثل لوجود بعض الاضطرابات، بالإضافة إلى أمراض الكبد والكلى التي لا تساعد على الاستفادة القصوى منه، أو الحالات التي لا يتحقق فيها التوازن بين الكالسيوم والفسفور.

المسببات:

ينتج هذا المرض نتيجة نقص الكالسيوم والفوسفات وفيتامين د في العظام، أو عدم قدرة الجسم على الاستفادة من هذه المواد بالشكل الصحيح.

أعراض المرض:

١- تصبح جمجمة الطفل لينة.

٢- سمك المعصم والكاحل.

٣- انحناء العمود الفقري.

٤- تلين العظام والتوائها إلى أشكال شاذة، فعندما يبدأ الطفل في المشي تلتوي الأرجل نحو الداخل مما يؤدي إلى تداني الركبتين وتسبب كلاً من الانحناءة في العمود الفقري والرجلين إلى قصر قامة الطفل وعدم مشيه بثبات.

٥- قد تظهر نتوءات بارزة تدعى العقد.

٦- ظهور حالات تعرف بالأضلاع الوردية (كبر النهاية الأمامية للضلوع) **والجبهة المكعبرة والقمعية.**

٧- تشوه الحوض ويصبح ضيقاً.

٨- تزداد العظام صلابة مع نمو الطفل ولكن يبقى شكلها شاذ.

٩- التعرق الغزير.

١٠- الهزال.

١١- ألم العظام.

١٢- ليونة الجسم بشكل عام وكذلك العظام المموجة.

العلاج:

إمداد الطفل بالأطعمة الغنية بالكالسيوم وفيتامين د حيث تمنع هذا المرض، **وتتوفر هذه المواد في الحليب والخضروات، كما يتوفر فيتامين د في الحليب ومن أشعة الشمس وزيوت السمك.**

كوليرا Cholera:

الكوليرا وهو مرض واسع الانتشار ويكثر في البلدان الحارة في جنوبي آسيا والبلدان التي تفتقر إلى الوسائل الصحية، **يسبب الإسهال وفقدان السوائل من جسم المريض، وينتقل عن طريق المياه والأطعمة الملوثة بالميكروب وينتشر بشكل وبائي.**

المسببات:

يحدث مرض الكوليرا نتيجة الإصابة ببكتيريا تسمى الضمة الهيضية (فيبريو كوليرا Viorio cholerae)، وتنتقل هذه البكتريا عن طريق المياه والأطعمة الملوثة ببراز الأشخاص المصابين بهذا المرض، حيث تدخل الضمة الهيضية إلى الأمعاء وتجعلها تفرز كميات كبيرة من سوائل وأملاح الجسم.

أعراض المرض:

- التقيؤ الشديد.
- الإسهال الشديد يكون بكميات كبيرة جداً مع ازدياد حدته.
- تقلص في عضلات الأرجل.
- التحسس الشديد تجاه أنواع من الأطعمة.
- يسبب الفقدان السريع للماء والأملاح من لجسم جفافاً حاداً ويغير في كيمياء الجسم.
- إذا لم يعالج المريض بسرعة فيمكن أن يؤدي ذلك إلى حدوث صدمة وربما إلى الوفاة، وقد تصل نسبة وفاة المصابين به في المناطق الحارة المصابة إلى ٩٠% من المصابين.

طرق العدوى:

لا ينتقل هذا المرض من الشخص المصاب إلى الشخص السليم عن طريق الاتصال المباشر، ولكن هناك طرق للعدوى:

١- شرب الماء أو الطعام الملوث بالبكتريا المعدية.

٢- فضلات المريض.

٣- الأماكن التي تنتشر بها القاذورات والمخلفات.

الوقاية:

تتم من خلال تجنب تناول الأطعمة الملوثة، وغلي الماء قبل شربه وإتباع شروط النظافة التامة مع ملاحظة عزل المصاب في المستشفى ليتلقى العلاج ويبقى تحت الرقابة الطبية وحصر المرض ومنع انتشاره بشكل وبائي.

العلاج:

يتم عزل المصاب في المستشفى ويعطى العلاج الذي يقضي على الجراثيم المسببة للمرض، ويبقى المريض تحت المراقبة الطبية لمنع حدوث الجفاف من خلال إعطائه محاليل خاصة تحل محل السوائل المفقودة لدى المريض، ويمكن أخذ هذه المحاليل عن طريق الفم أو وريدياً، والمعالجة الوريدية ذات فعالية أكثر، ويمكن تحضير المحلول في المنزل بسهولة لعلاج الكوليرا ويتكون من ٥ غم (ملعقة صغيرة) من الملح، و٢٠ غم (٤ ملاعق صغيرة) من السكر لكل لتر ماء، ويجب أن تتناسب كمية السائل المعطاة للمريض مع كمية السائل المفقودة، وكذلك هناك لقاح ضد مرض الكوليرا، ولكنه يكون غير فعال في المناطق التي تكون فيها الكوليرا واسعة الانتشار.

كوليسترول Cholesterol:

هو مادة بلورية تصنف ضمن الستيرويد Steroid وكذلك يصنف من الدهون لأنه يذوب فيها ولا يذوب في الماء.

ويوجد طبيعياً في المخ والأعصاب والكبد والدم والعصارة الصفراوية، وهو ضروري لعمل الجسم بصورة سليمة، وحوالي ٨٠% من مجموع الكولسترول في الدم يتم تصنيعه في الكبد و٢٠% من المصادر الغذائية، ويستخدم الكوليسترول في الجسم في:

١- بناء أغشية الخلايا.

٢- إنتاج الهرمونات الجنسية Sex Hormones.

٣- عملية هضم الدهون في الأمعاء عن طريق العصارة الصفراوية التي يفرزها الكبد.

ينتقل الكوليسترول من الكبد إلى أنسجة الجسم المختلفة عبر الدم بواسطة البروتينات الدهنية Lipoproteins حيث تأخذ الخلايا حاجتها منه وتظل الزيادة في مجرى الدم تلتقطها بروتينات دهنية أخرى لإعادتها إلى الكبد.

وهناك نوعان من البروتينات الدهنية:

١- بروتينات دهنية قليلة الكثافة Low Density Lipoproteins ويرمز لها ب LDL وهي البروتينات التي تحمل الكوليسترول من الكبد إلى أنسجة الجسم المختلفة، وتحتوي على كمية كبيرة منه وهي ما يسمى "بالكوليسترول الضار".

٢- بروتينات دهنية عالية الكثافة High Density Lipoproteins ويرمز لها ب HDL وهي البروتينات التي تلتقط الكوليسترول من مجرى الدم بعد أخذ الخلايا حاجتها منه وإعادته للكبد ليدخل مرة أخرى في تكوين البروتينات الدهنية منخفضة الكثافة لنقله مرة أخرى لخلايا الجسم أو يدخل في تكوين (يفرز) العصارة الصفراوية Bile، وتحتوي هذه البروتينات على كمية منخفضة من الكوليسترول وهي ما يسمى "بالكوليسترول المفيد أو الحميد".

ويظل هذا النظام متوازناً ما لم تزداد كمية الكوليسترول عن القدر الذي يمكن جمعه بسرعة أو انخفاض كمية البروتينات عالية الكثافة للقيام بجمع الكوليسترول من الدم **فإن الكوليسترول يترسب في جدار الأوعية الدموية** (الشرايين) **مسبباً تصلبها وانسدادها مما يؤدي إلى أمراض القلب مثل الذبحة الصدرية والنوبات القلبية وأمراض الشرايين الطرفية مثل قصور تدفق الدم إلى الرجل وكذلك الجلطة الدماغية.**

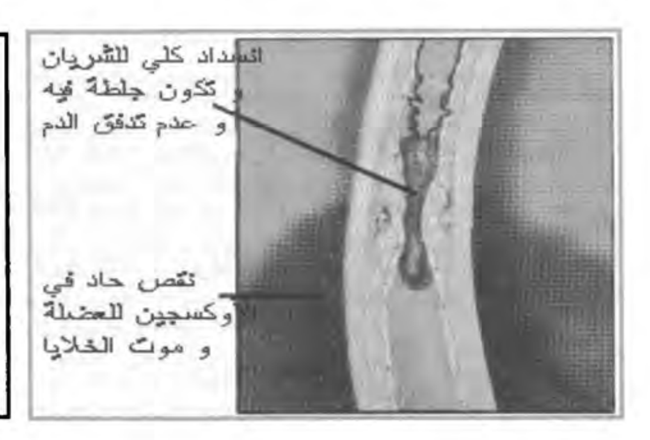
ضيق شرياني نسبي و نقص تدفق نسبي للدم إلى العضلة

لا يوجد نقص في الأوكسجين و العضلة سليمة

المرحلة الأولى لا يشكو المريض من أعراض

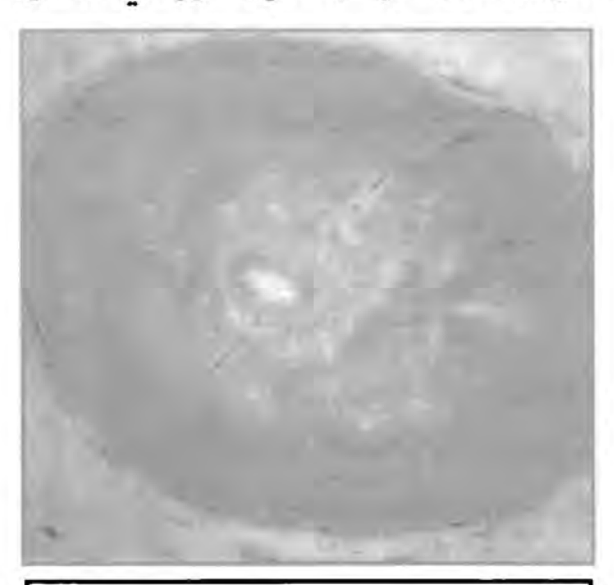


المرحلة الثانية يشكو المريض من أعراض نقص التروية مثل الذبحة الصدرية Angina



المرحلة الثالثة يصاب المريض بالجلطة القلبية (الإحتشاء) Myocardial Infarction أو غرغرينا في الأطراف مثل القدم Gangrene أو السكتة الدماغية

مراحل تضيق الشريان نتيجة ترسب الكوليسترول في الجدار:



صورة مجهرية لمقطع من شريان، يظهر فيها تضيق المجرى (السهم الأحمر) نتيجة لترسب الكولسترول في جدار الشريان (السهم البني)

ويبلغ مستوى الكوليسترول الإجمالي في الدم "الآمن" ٢٠٠ ملغم/١٠٠ مليليتر دم (٣,٥ ملي مول/لتر دم) **وتعتبر القراءة من** ٢٠٠ إلى ٢٣٩ ملغم/١٠٠ مليليتر دم **الحد الفاصل،** (٣,٥-٥,٣ ملي مول/لتر دم) **والقراءة التي تتعدى** ٢٤٠ ملغم/١٠٠

مليلتر دم تشكل خطراً كبيراً، والمستوى الطبيعي للبروتينات الدهنية عالية الكثافة للرجال هو ٤٥ إلى ٦٠ ملغم/١٠٠ مليلتر دم وللنساء هو ٥٠ إلى ٦٠ ملغم/١٠٠ مليلتر دم (٠,٨-٢,٥٠ ملي مول/لتر دم) وإذا قل المستوى عن ٣٥ ملغم/١٠٠ مليليتر دم، فأن ذلك يعتبر خطراً ومؤشراً للإصابة بأمراض الشرايين والقلب وإن كان مستوى الكوليسترول الإجمالي أقل من ٢٠٠ ملغم/١٠٠ مليلتر دم.

أي أنه كلما قلت البروتينات الدهنية عالية الكثافة، زادت إمكانية الإصابة بمشاكل قلبية حتى وإن كان المجموع العام للكوليسترول طبيعي.

ولخفض مستوى الكوليسترول يجب الإقلال من الغذاء الذي يحتوي على المنتجات الحيوانية واللحوم ولكن هناك عوامل أخرى تزيد من الكوليسترول مثل الدهون المُشبعة والسكر والكحول اللذان يزيدان من إنتاج الكوليسترول في الجسم وكذلك الضغط العصبي (التوتر).

ويجب على المصاب بارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم إتباع التوصيات التالية:

١- يجب أن يتضمن الغذاء الأطعمة الآتية والتي تساعد على خفض مستوى الكوليسترول في الدم مثل التفاح والموز والجزر والسمك والفاصوليا والثوم والكريب فروت وزيت الزيتون.

٢- تناول الكثير من الألياف الطبيعية الموجودة في الفاكهة والخضروات والحبوب، فالألياف الغذائية التي تذوب في الماء هامة جداً لخفض الكوليسترول وهي توجد في الشعير والفول والأرز البني والفاكهة وصمغ الغوار والشوفان وتعتبر نخالة الشوفان والأرز البني هما أفضل الأطعمة لخفض مستوى الكوليسترول نظراً لأن الألياف تمتص المعادن من الطعام الذي تتواجد فيه، لذلك يوصى المصاب بتناول المعادن الإضافية بمنأى عن الألياف.

٣- تناول العصائر الطازجة، خاصة عصير الجزر والكرفس والبنجر، ويساعد عصير الجزر على إخراج الدهون من العصارة الصفراوية في الكبد، مما يساعد على خفض مستوى الكوليسترول.

٤- الصيام.

٥- استخدم الزيوت غير المكررة والتي تم عصرها على البارد وهي الزيوت التي لم يتم تسخينها أبداً لدرجة حرارة تفوق ٤٣ درجة مئوية أثناء الإعداد. وتستخدم الزيوت النباتية التي تكون سائلة في درجة حرارة الغرفة مثل زيت الزيتون وزيت فول الصويا وزيت بذر الكتان وزيت زهرة الربيع وزيت بذر العنب الأسود ويوصى بزيت الزيتون.

٦- عدم تناول المكسرات.

٧- التقليل من كمية الدهون المشبعة والكوليسترول في الغذاء، وتتضمن الدهون المشبعة كل الدهون الحيوانية بالإضافة إلى زيت جوز الهند وزيت نوى النخيل. وعدم أكل كل الدهون المهدرجة والدهون والزيوت الصلبة مثل السمن الصناعي (المارجرين) والزبد، وعدم تناول الدهون التي تم تسخينها أو الزيوت المعالجة وتجنب المنتجات الحيوانية والأطعمة المقلية أو الدهنية.

٨- يمكن تناول اللبن المنزوع الدسم والجبن القريش قليل الدسم واللحم الأبيض للدجاج دون الجلد (ويفضل لحم الديك)، ولكن في كميات معتدلة.

٩- عدم تناول الكحول أو الكعك أو المشروبات الغازية أو القهوة أو صلصات مرق الدجاج أو المبيضات غير اللبنية والفطائر والأطعمة المُصنعة أو المُكررة أو الكربوهيدرات المكررة أو الشاي أو الخبز الأبيض.

١٠- تجنب الأطعمة التي تنتج عنها غازات مثل الكرنب المسلوق والكرنب والقرنبيط والمخللات الحلوة.

١١- يوصى المصاب بالحصول على قدر متوسط ومنتظم من الرياضة، ويفضل استشارة الطبيب دائماً قبل البدء في أي برنامج رياضي جديد.

١٢- تجنب الضغط العصبي والتوتر المستمر، واتباع وسائل مواجهة الضغوط.

١٣- الأعشاب - تساعد الفليفلة (الكابسيكوم) والجولدنسيل والزعرور البري على خفض مستويات الكوليسترول في الدم.

١٤- مكملات غذائية:

المكمل الغذائي	الجرعة المقترحة	ملاحظات
الألياف (نخالة الشوفان وصمغ الغوار من المصادر الجيدة)	كما هو موضح بنشرة المصنع، قبل الوجبة الأولى بنصف ساعة، تؤخذ بمعزل عن المكملات الأخرى والأدوية.	تساعد في خفض نسبة الكوليسترول.
بكتين التفاح	كما هو موضح بنشرة المصنع.	يخفض مستويات الكوليسترول عن طريق الاتحاد بالدهون و المعادن الثقيلة.
بيكولينات الكروم	٤٠٠-٦٠٠ ميكروغرام يومياً.	يخفض المستوى الكلي للكوليسترول في الدم ويحسن نسبة البروتينات الدهنية عالية الكثافة إلى البروتينات الدهنية منخفضة الكثافة.
الثوم	كبسولتان ٣ مرات يومياً.	يخفض مستوى الكوليسترول وضغط الدم.
حبيبات الليسثين أو كبسولات الليسيثين	ملعقة كبيرة ٣ مرات يومياً قبل الأكل. ١٢٠٠ ملغم ٣ مرات يومياً قبل الأكل.	يخفض مستوى الكوليسترول في الدم ويستحلب الدهون.

فيتامين ب المركب + فيتامين ب ١ (ثيامين) + كولين وإينوسيتول	كما هو موضح بنشرة المصنع كما هو موضح بنشرة المصنع ١٠٠-٣٠٠ ملغم ٥ مرات يومياً.	أفضل ما تعمل فيتامينات ب معاً هام للسيطرة على مستوى الكوليسترول بالدم هام للتمثيل الغذائي للدهون ويحمي الكبد من ترسبها فيه.
فيتامين ب٣ (نياسين)	٣٠٠ ملغم يومياً فقط	يخفض مستوى الكوليسترول ولا يستخدم في صورة طويلة المفعول ولا يستبدل بالنياسين أميد. لا تأخذ النياسين إذا كنت تعاني من اضطراب الكبد أو النقرس أو ارتفاع ضغط الدم.
فيتامين ج مع بيوفلافونويدات	٣٠٠٠-٨٠٠٠ ملغم يومياً مقسمة على جرعات	يخفض مستوى الكوليسترول بالدم.
فيتامين هـ (مستحلب)	إبداء بـ ٢٠٠ وحدة دولية يومياً وارفعها ببطء حتى تصل إلى ١٠٠٠ وحدة دولية يومياً.	يحسن الدورة الدموية.

- تعتبر اللحوم ومنتجات الألبان من المصادر الغنية بالكوليسترول في الغذاء، ولكن الخضروات والفواكه تخلو منه.
- يساعد زيت الزيتون الطبيعي البكر على خفض مستوى الكوليسترول في الدم.
- إتباع نظام تغذية صحي قليل الكوليسترول مهم، ليس للكبار فقط بل للأطفال

كذلك لأن تأثير الكوليسترول يبدأ من سن مبكرة إذا زاد مستواه في الدم وذلك من كثرة تناول اللحوم (الوجبات السريعة) **ومنتجات الألبان الكاملة الدسم، بعبارة أخرى الأطفال ليسوا بمأمن من الكوليسترول.**

كيس الشعر Hairecyst:

هو عبارة عن ورم ينمو في المبيض أو في كلا المبيضين، **ويتكون من إفراز الهرمونات الجنسية الأنثوية أي الأوستروجين والبروجستيرون كل شهر أو من البويضات القابلة للتلقيح.**

وقد يكون كيس الشعر عضوياً أو غير عضوي، ويحتوي الكيس العضوي على رواسب عضوية (مثل الشعر، التورم، الدم، وغيرها) **وقد يتحول إلى ورم سرطاني، أما الكيس غير العضوي فإنه يتضخم أثناء الدورة الشهرية ثم يزول نهائياً، أو قد يعود هذا الكيس إلى الظهور خلال الدورة الشهرية القادمة ثم يختفي مجدداً وهكذا.**

وقد يصل حجم هذا الورم إلى حجم بيضة الدجاجة، أو حتى إلى حجم برتقالة كبيرة وهو لا يحتوي إلا على سائل عادي.

أعراض المرض:

١ - حدوث نزيف دموي.

٢ - حدوث ألم حاد يسبق الدورة الشهرية.

٣ - حدوث ألم عند المواقعة الجنسية.

التشخيص:

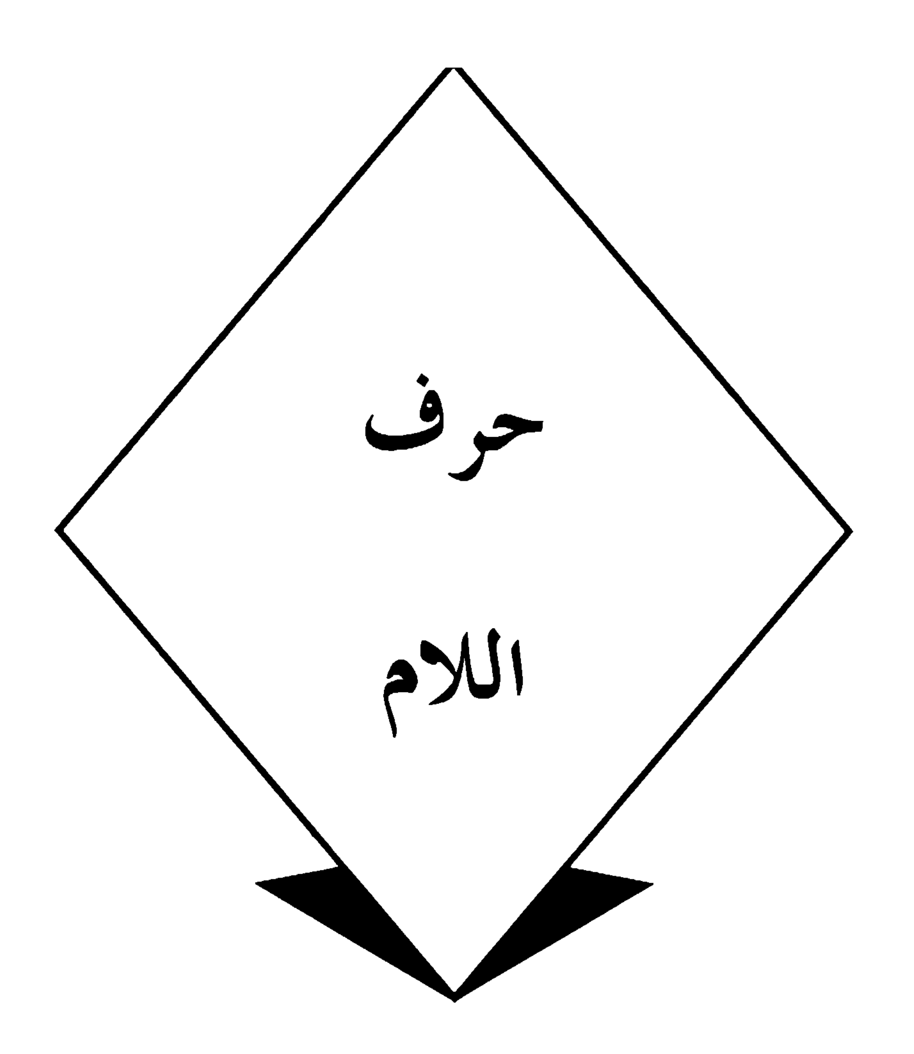
إجراء الفحص السريري للمرأة المصابة، والفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار) **حيث تتيح الصورة معرفة ما إذا كان كيس الشعر من النوع العضوي أم غير العضوي.**

العلاج:

يعتمد العلاج على نوع كيس الشعر فإذا كان الكيس عضوياً فلابد في هذه

الحالة من استئصاله جراحياً تحت التخدير العام، وقد يضطر الجراح أحياناً إلى استئصال المبيض مع كيس الشعر، وتؤثر هذه العملية على حياة المرأة الجنسية تأثيرا جزئياً.

أما إذا كان كيس الشعر غير عضوي فإنه يحتاج إلى معالجة طبية عامة ويهدف العلاج إلى تنظيم نشاط المبيضين وذلك عن طريق تناول أدوية هرمونية يصفها الطبيب المختص.


حرف
اللام



لايشمانيا (دمل الشرق) Leishmana:

هناك أنواع عديدة من اللايشمانيا التي تصيب الإنسان منها ما يصيب الجلد فقط كاللايشمانيا المدارية، ومنها ما يصيب الجلد والأغشية المخاطية كاللايشمانيا البرازيلية التي تنتشر في البرازيل وأمريكا الجنوبية، ومنها ما يصيب الأحشاء إضافة لإصابة الجلد كمرض اللايشمانيا الجلدي التالي للكلا آزار حيث يظهر على شكل تحرز جلدي مزمن يظهر على مساحات واسعة من الجلد ويترافق مع ظهور تصبغات جلدية وحكة عامة.

لقد عرف مرض اللايشمانيا الجلدي بأسماء عديدة في المنطقة العربية منها حبة بغداد وحبة حلب ودمل الشرق أو حبة السنة والقرحة المدارية.

المسببات:

يحدث نتيجة لدخول طفيلي صغير جداً من نوع وحيدات الخلية الحيوانية إلى الجلد وتكاثرها فيه، وهو إصابة تكثر في حوض نهر الفرات وبغداد في العراق، كما ينتشر مرض اللايشمانيا في معظم بلدان حوض البحر الأوسط وفي سوريا والسعودية وغيرها.

العدوى:

ينقل مرض اللايشمانيا نوع من البعوض يسمى (الفاصدة) حيث يعتبر الوسيط في نقل الطفيلي من مستودعه الذي هو المريض أو الجرذان أو الكلاب إلى الإنسان السليم أثناء لدغه.

أعراض المرض:

- ظهور حطاطة وردية اللون صغيرة بعد فترة حضانة تمتد من عدة أسابيع إلى عدة أشهر من حصول لدغة البعوضة، وهذه الحطاطة تكبر وتقسو ثم يظهر حولها ارتشاح وذمي وتصبح بذلك مشابهة للدمل العادي، ثم تتقرح بعد أشهر من ظهورها وتكتسي بقشرة شديدة العلوق بالنسيج المتقرح تحتها، ثم بعد ذلك تترمم بالتدريج حتى الشفاء الكامل تاركة مكانها ندبة دائمة بيضاء هي التي تعرف باسم (حبة بغداد).

- تقع دمل حبة بغداد غالباً على الأماكن المكشوفة مثل الوجه واليدين والساقين والقدمين.

الأنواع:

يختلف نوع مرض اللايشمانيا وسيره حسب الأعراض السريرية للمرض، وهذه الأنواع هي:

١- الشكل الحاد النخري: ويقسم هذا الشكل إلى قسمين:

أ- الشكل الرطب أو سريع التقرح وينتشر هذا النوع في المناطق الريفية، وبين المزارعين (في منطقة حوض الفرات)، حيث تظهر الإصابة على شكل قرحة قطرها ٢ إلى ٣ سنتميترات وتكون فترة الحضانة فيه قصيرة تراوح مدتها من (٢ – ٣) أسابيع.

ب- الشكل الجاف أو بطئ التقرح ويكثر انتشاره في المدن، ويكون بشكل حطاطات قاسية حمراء اللون تظهر على الجلد، وفـــترة الحضانة له طويلة (تستمر لعدة أشهر)، وسيره طويل حيث تبقى القرحة لمدة سنة ونصف حتى تشفى تقريباً.

٢- داء اللايشمانيا المزمن: وهناك نوعان أساسيان لهذا الداء، إذ يمكن أن يكون على شكل بقع حمراء أو صفراء تبقى عدة سنوات أو على شكل داء ناكس يمكن أن يستمر لمدة ٣٢ سنة، وأشارت الاحصائيات الى أن النوع الأول نسبته ١٠ في المائة من الاصابات، أما الثاني فتبلغ نسبته ٣% تقريباً.

٣- داء اللايشمانيا المنتشر: ينتشر على سطح الجلد بعقيدات صغيرة تتراوح حجمها بين واحد و ٢ سم، وينتشر المرض عن طريق الليمف الى مناطق متعددة من الجلد.

٤- داء اللايشمانيا الكامن: تؤدي اللايشمانيا إلى مناعة دائمة بعد الإصابة بها، ولكن يمكن أن يؤدي انخفاض المناعة لدى المصاب إلى ظهور المرض مرة أخرى لديه.

أعراض المرض:

قد يترافق ظهور الشكل الحاد النخري أو الرطب بظهور أعراض عامة مزعجة تتمثل بـــ:

- ارتفاع درجة حرارة الجسم.
- آلام شديدة في منطقة اللدغة.

أما سيره فقصير نسبياً حيث يشفى في قرابة عدة أشهر وكلا الشكلين يترك مناعة أبدية بعد الشفاء لنفس النوع الذي أصيب به، وإذا أهمل علاج اللايشمانيا فإنه

يتطور إلى إصابة مزمنة.

العلاج

يقسم العلاج إلى:

- **علاج موضعي يتم باستعمال المطهرات أو الكي وأفضله الكي البارد ويعتمد هذا النوع من الكي على استخدام غاز ثاني أوكسيد الكربون.**
- **علاج عام حيث يعطى المصاب مركبات الانتيموان وخاصة الكلوكانتيم** (Glucantime).

ويمكن إشراك العلاج الموضعي والعلاج العام بمركبات الانتيموان.

الوقاية:

يجب أن تكون الوقاية من هذا المرض جماعية وتابعة للمنظمات الدولية إذ إنها تتركز على مكافحة البعوض حامل الطفيلي وهو العامل الوسيط للطفيلي، **والكلاب وهي مستودع الطفيلي.**

وكذلك يجب أن يتم علاج الإنسان المصاب لأنه أيضاً يعتبر مستودعاً رئيسياً للطفيلي.

وقد تم في الفترة الأخيرة تحضير لقاح خاص ضد اللايشمانيا الجلدية **(لقاح حي) الغاية منه إحداث إصابة خفيفة في مناطق مستورة من الجسم، كما أنه تجدر الإشارة إلى أن تغطية الإصابات الفعالة من حبة بغداد ضرورية لمنع وصول بعوض الفاصدة إليها وبالتالي منع نشر المرض.**

ليفة أو إسفنجة Fibroisis:

عبارة عن ورم خفيف ينمو على جدار الرحم، ويتكون من نسيج عضلي مؤلف من عدة طبقات من الألياف العضلية، يبلغ سمكه حوالي سنتيمتر واحد.

التشخيص:

يمكن للفحص الطبي الذي يجرى في مرحلة الحمل أن يقرر وجود ليفة أو أكثر بمجرد ملامسة الرحم.

كما يمكن تشخيصها من خلال الفحص بالأمواج الصوتية (السونار).

المسببات:

لم يتوصل الطب إلى معرفة الأسباب التي تؤدي إلى تكون الليفة حتى الآن، وقد يبلغ حجم هذه الليفة بقدر حجم كرة الطاولة أحياناً، كما قد يبلغ طولها ٢٥ سم، ويعزو بعض الباحثين أسباب نشوء الليفة إلى وجود خلل في الهرمونات كما إن لعامل الوراثة دوراً كبيراً في الإصابة بها، فقد لوحظ إن حدوث الليفة غالباً يكون عند النساء اللواتي أصيبت أمهاتهن بها، كما لوحظ أيضاً بأن الليفة تتكون في الفترة التي تسبق فترة انقطاع الحيض في سن اليأس، والمهم أنها لا تتحول إلى ورم خبيث.

أعراض المرض:

- سيلان دم الحيض بغزارة ولمدة طويلة.
- نزيف في غير مواعيد الدورة الشهرية.
- الشعور بحاجة ملحة ومتتالية إلى التبول وخاصة إذا كانت الليفة كبيرة.

وقد تكون الليفة مسؤولة عن عقم المرأة ولذلك يجب مراجعة الطبيب بسرعة ودون إبطاء عند حدوث أي نزيف رحمي غير عادي، كما يجب إجراء الفحص المنتظم لدى الطبيب المختص بمعدل مرتين في السنة على الأقل، حيث يساعد هذا الفحص على مراقبة تطور نمو الليفة أو الليفات التي تضايق المرأة.

العلاج:

يصف الطبيب علاجاً بالهرمونات الذي يتضمن هرمون البروجيسترون الاصطناعي المركب الذي يعمل على توقف نمو الليفة، كما يتوقف النزيف خارج مواعيد الحيض الشهري، ويتحتم على المرأة المصابة مواصلة العلاج حتى مرحلة سن اليأس، حيث تجف الأنسجة تلقائياً بطبيعة الحال عند انقطاع الحيض نهائياً وتزول الليفة تماماً، وقد يجري الطبيب في بعض الأحيان عملية جراحية لاستئصال الليفة إذا كان حجمها كبيراً جداً، لأنها إذا بقيت فإنها تسبب نزيفاً خارج مواعيد الحيض الشهري.

وتتم عملية استئصال الليفة إما بفصل الليفة عن الرحم واستئصالها وحدها أو باستئصال الرحم أيضاً مع الليفة إذا كانت ملتصقة به.

لين العظام Osteo Malacia:

هي حالة مرضية تصيب العظام.

المسببات:

- **حدوث نقص في تمعدن** (Mineralisation) **النسيج العظمي: وتحدث عادة من العجز عن استعمال الفيتامين** D (الرخد عند كبار السن (Adultrickets)).
- **يحدث في حالات نقص الكالسيوم في الطعام** (أو زيادة طرح الكالسيوم).
- **في حالات الحماض الكلوي** (Renal Acidosis).
- **فرط طرح الفوسفور** (تناذر فانكوني (Fanconi Syndrome)).
- **عدم امتصاص الفيتامين** D (كما في حالة الإسهال الدهني (Steatorrhoea) ونقص الامتصاص).
- **من الشائع حدوث كسور الجهد،** ويلاحظ هنا **وجود مناطق من نقص الكثافة في الحوض والعظام الطويلة بشكل موضعي** (ملاحظة التبدلات الحادثة في عظم الورك (Ischium) **وفي الشعب العانية** (Pubic Ramus)).

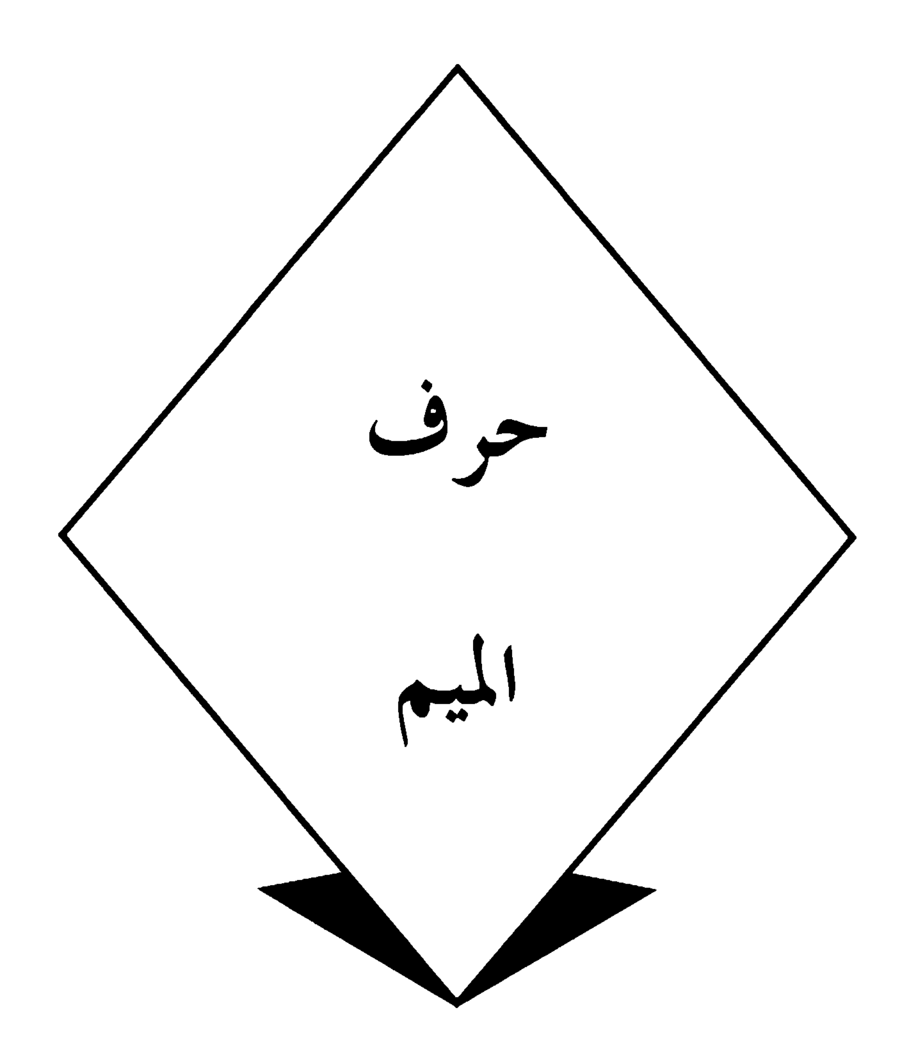
التشخيص:

تلاحظ اضطرابات الاختبارات المصلية المتمثلة بـــ :

- **نقص مستوى الفوسفات** PO_4 **مع كون مستوى الكالسيوم طبيعياً أو ناقصاً، فإذا كان مستوى الكالسيوم والفوسفور أقل من** ٢,٢٥ **وحدة دولية فإن التشخيص يكون أكيداً.**
- **قد يشاهد في بعض الحالات الحوض المثلثي** (Tri-radiate) **وهو وصفي لهذه الحالة.**

العلاج:

تتم معالجة هذه الحالة بإعطاء الكالسيفرول بمقدار ١,٢٥ ملغم يومياً **وكلوكونات الكالسيوم** (Calcium gluconate) **بمقدار** (١ – ٢) غم **في اليوم، ويجب مراقبة مستوى الكالسيوم والفوسفات في الدم بانتظام.**


حرف
الميم



ماء أبيض Cataract:

هو عبارة عن عتمة تحدث في عدسة العين التي عادة ما تكون شفافة، **أو هو سحابة تغشي عدسة العين، ويعتمد تأثيرها في النظر على مدة الغشاوة، فقد تسبب البقع الصغيرة على العدسة فقداناً للبصر، وقد لا تسببه، غير أن وجود هذه البقع يؤدي إلى جعل العدسة أو جزءاً منها معتماً، مما قد ينتج عنه فقدان الإبصار، وقد يحدث ذلك التأثير لعين واحدة أو للاثنتين معاً.**

المسببات:

إن التقدم في العمر خصوصاً بعد سن الستين من أهم أسباب حدوث الماء **الأبيض، حيث تصبح العدسة أقل مرونة وتفقد بعض قدرتها على تركيز الضوء في الشبكية، وحين تصير العدسة غير مرنة تميل لأن تصبح أقل شفافية، وهذا يعني بداية إصابتها بانسداد العدسة، وفي النهاية قد يصبح الماء الأبيض غشاوة بيضاء تملأ العين فيصبح المرء حينئذ فاقداً للبصر، كما يحدث الماء البيض أيضاً نتيجة لبعض الأمراض مثل:**

- **أمراض وراثية قد تسبب المرض في سن مبكرة.**
- **مرض السكري.**
- **التهابات وحوادث العيون والإصابة والجروح المباشرة في العين.**
- **الاستعمال المزمن لبعض الأدوية (مثل الكورتيزون).**



- كما أنه قد يولد بعض الأطفال بالماء الأبيض.
- التعرض لبعض أنواع من الأشعة.

أعراض المرض:

- ضعف في الرؤية بدون ألم.
- التحسس للضوء (Photophobia) وهو عبارة عن مضايقة النور (مثل نور المصباح أو الشمس) للشخص.
- الحاجة إلى تغيير متكرر للنظارة الطبية.
- ازدواج الرؤية في العين الواحدة.
- الحاجة إلى إضاءة قوية للقراءة.
- ضعف النظر ليلاً.
- عدم وضوح الألوان مع ميلها إلى الاصفرار.

تطور المرض:

إن السرعة التي يتطور بها الماء الأبيض تختلف من شخص إلى آخر ومن عين إلى أخرى في نفس الشخص ويزداد في حالة وجود أمراض مسببة، وتتطور أكثر حالات الماء الأبيض المرتبطة بتقدم العمر بشكل تدريجي على مدى السنوات.

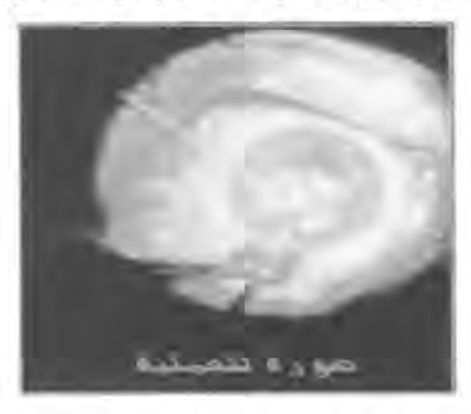
العلاج:

لا يوجد علاج لمعظم أنواع الماء الأبيض، ولكن الجراحة يمكن أن تحسن الإبصار لمعظم المرضى، ويقوم الجراحون بإزالة الغشاوة ويضعون عدسات بلاستيكية بدلاً من العدسات الخلفية، تسمى العدسة الداخلية داخل مقلة العين، وتقوم هذه العدسات بتركيز الضوء داخل الشبكية، ويستطيع معظم الذين تجرى لهم جراحة الماء الأبيض أن يبصروا بقدر يمكنهم من القيام بنشاطاتهم العادية، مستخدمين نظارات تقرب أو تبعد النظر.

متى يجب إجراء عملية لإزالة الماء الأبيض؟

- عند تدهور النظر أو زيادة الأعراض لدرجة أنها تؤثر على النشاط اليومي للمريض.
- في حالة حدوث مضاعفات في العين مثل (الماء الأزرق أي ارتفاع ضغط العين).

- **في حالة وجود أمراض في الشبكية أو عصب العين يتطلب فحصها أو علاجها إلى إزالة الماء الأبيض** (حيث أن الماء الأبيض يحجب رؤية الشبكية بوضوح).



وتجرى عملية إزالة الماء الأبيض عن طريق إحداث فتحة جراحية في (بياض أو سواد) العين **وتجرى عادة تحت التخدير الموضعي، وقد تستخدم أحياناً الموجات الصوتية** (السونار) **لتفتيت العدسة وبالتالي تصغير الفتحة الجراحية، ثم تتم إزالة الماء الأبيض** (العدسة المعتمة) **واستبدالها بعدسة صناعية تزرع داخل العين بشكل دائم.**

وقد يحتاج بعض المرضى لجلسة ليزر بعد العملية بأسابيع أو شهور **وذلك لإزالة الغشاوة التي قد تتكون خلف العدسة الصناعية المزروعة.**

ماء أزرق Glaucoma:

مرض ينتج عن عدم التصريف السليم للخلط المائي (السائل المغذي للقرنية والعدسة) مما يؤدي إلى حدوث ضمور تدريجي في العصب البصري بسبب الارتفاع النسبي في الضغط داخل العين، **بدرجة لا يتحملها العصب محدثاً فقدان النظر الجانبي في المراحل الأولى ثم فقدان النظر الكلي في المراحل المتقدمة.**

إن ارتفاع ضغط العين هو العامل الرئيسي للإصابة في معظم حالات الماء الأزرق إلا أن هناك بعض الحالات التي تتطور رغم عدم ارتفاع ضغط العين.

الأنواع:

١- مرض الماء الأزرق الأولي (**Primary Glaucoma**): أو الماء الأزرق ذو **الزاوية الواسعة، وفيه لا يوجد سبب مرضي مباشر في العين مسبباً ارتفاع**

الضغط فيها، وهو الأكثر شيوعاً، وفيه تضيق الرؤية الجانبية تدريجياً، وقد يحدث العمى في آخر الأمر، ويحدث للأشخاص الذين تزيد أعمارهم على الأربعين عاماً.

٢- **الماء الأزرق الثانوي (Secondary Glaucoma): أو الماء الأزرق ذو الزاوية الضيقة أو الماء الأزرق الحاد** (Acute Glaucoma) **ويحدث إذا كان هناك** سبب **مرضي في العين مسبباً ارتفاع الضغط فيها، ويحدث فجأة وفي أي عمر.**

المسببات:

١- **عيوب خلقية** Congenital Glaucoma **وهو النوع الذي يصيب الأطفال الرضع.**

٢- **الإصابة ببعض أمراض العيون مثل:**

- **طول النظر الشديد.**
- **ورم في العين.**
- **التهابات القزحية.**
- **إصابات** (حوادث) **العين.**

أعراض المرض:

يبدأ الماء الأزرق لدى معظم المصابين به بدون أعراض حتى تفقد بعض الرؤية، وعندئذ يمكن للأخصائي معرفة المرض بسرعة، ثم تظهر الأعراض التالية:

- **تدهور تدريجي في النظر الجانبي وهذا قد يحدث بصورة خفيفة وبدون أعراض أخرى ينتهي بتدهور في النظر المركزي.**
- **ضبابية النظر.**
- **ألم شديد في العين مصحوب باحمرار في العين.**
- **صداع في الرأس وخاصة في منطقة الجبين وقد يصاحب بغثيان وتقيؤ.**
- **رؤية هالات** (خيالات ضوئية) **أو أقواس قزح حول مصادر الضوء.**

وإذا لم يتم العلاج بسرعة عند ظهور الأعراض السابقة فإنه قد تحدث مضاعفات في العصب البصري والشبكية.

العلاج:

تعالج معظم حالات الماء الأزرق ذو الرؤية الواسعة بقطرات العين أو الدواء، **لخفض الضغط في العين، وبذلك يتوقف ضرر العصب البصري، ويجب على المريض استعمال الدواء طوال حياته، فإذا لم يفلح الدواء، فيتم العلاج بالجراحة عن طريق شق قناة تصريف جديدة للخلط المائي، أو يعاود الجراح فتح القنوات القديمة باستخدام أشعة ضوئية مركزة ذات طاقة عالية من جهاز الليزر. وفي حالات الماء الأزرق الحاد، فيجب التداخل الجراحي الفوري أو المعالجة بالليزر وذلك لتجنب العمى.**



قاع العين لمريض الماء الأزرق، القرص الأبيض هو العصب البصري وهو متقعر هنا نتيجة لضغط السوائل المتراكمة في العين مما يؤدي إلى ضمور العصب وفقدان النظر

الوقاية:

ينصح بالفحص الدوري للعين في الحالات التالية:

- **لكل فرد بعد سن الأربعين.**
- **عند وجود مرض الماء الأزرق في العائلة.**
- **الإصابة بداء السكري.**
- **الإصابة بقصر النظر الشديد.**
- **العلاج بالأدوية مثل الكورتيزون لمدة طويلة.**

إن الضرر الذي يصيب عصب العين بسبب مرض الماء الأزرق المصاحب بفقدان النظر لا يمكن شفاؤه، أو إصلاحه، لذلك يجب المباشرة الفورية والاستمرار في العلاج حسب نصائح الطبيب المختص للمحافظة على ما تبقى من النظر ومنع زيادة التدهور في عصب العين.

متلازمة القولون العصبي Bowel Syndrome Irritable:

هي عبارة عن مجموعة من الأعراض التي يشتكي منها المرضى وهي آلام في المنطقة السفلية من البطن، وانتفاخ، إمساك متكرر أو إسهال متكرر.

كما يشتكي بعض المرضى من تغيير في طبيعة الخروج من إمساك متبادل مع إسهال ووجود بعض الإفرازات البيضاء اللون مع الخروج.

وتتميز متلازمة القولون العصبي بأنه لا يوجد خلل عضوي أو تغيير تشريحي، كما لا يوجد أي علامات غير طبيعية أو تحاليل غير طبيعية عند المريض، ولا تتغير هذه المتلازمة مع مرور الزمن إلى أي مرض خبيث مثل السرطان أو أي مرض عضوي آخر، كما أن هذه الأعراض مجتمعة مع بعضها البعض لا تشكل مرض عضوي للجهاز الهضمي.

إن متلازمة القولون هو خلل في وظيفة المعدة، أو الأمعاء الدقيقة أو القولون بمعنى آخر إن تقلصات الأمعاء وحركاته الطبيعية قد أصبحت مختلة لأسباب عديدة، ولا يمكن قياس هذا الخلل بالتحاليل المختبرية أو العينات الخاصة بالجهاز الهضمي.

وتعتبر نسبة حدوث هذه المتلازمة مرتفعة، حيث بينت بعض الدراسات أن هذه النسبة يمكن أن تكون في حدود (٣٠-٤٠)%، وتصيب هذه المتلازمة النساء أكثر من الرجال، وتحدث في كثير من الأحيان في أوقات الضغط النفسي، والقلق والتوتر، وتظهر عادة في مقتبل العمر، ونادراً ما تظهر أول مرة بعد سن الخمسين.

ويمكن إتباع التعليمات التالية للتخفيف من وطأة هذه الأعراض وأهمها ما يلي:

١- التقليل من حالات التوتر النفسي: يجب التعرف على الطرق النفسية السليمة للسيطرة على التوتر والقلق، وطرق الاسترخاء الذهني، وهذا ممكن بمساعدة بعض

الأطباء النفسانيين المتخصصين بهذا الفرع، وكذلك المشاركة في التمارين الرياضية وشغل وقت الفراغ في الهوايات المحببة للنفس.

٢- **الاهتمام بنوعية الأطعمة**: التي من الممكن أن تكون أحد العوامل المؤدية إلى اضطرابات الجهاز الهضمي وأهم هذه الأنواع هي:

أ- **البقول**: مثل الحمص، الفول، الفلافل، العدس، الماش وأنواع مختلفة من الخضراوات والتي تسبب الغازات المؤدية إلى الاضطرابات الهضمية.

ب- **الحليب**: يمكن أن يشتكي المريض من سوء هضم الحليب المسبب في كثير من الأحيان انبعاث الغازات أثناء عملية الهضم ويشتكي ٤٠% من المرضى من صعوبة هضم سكر الحليب.

ج- **العلكة**: التقليل من مضغ العلكة والتي تساعد على ابتلاع كمية من الهواء أثناء عملية المضغ.

د- **المشروبات الغازية**: بأنواعها المختلفة لأنها تحتوي على كميات من غاز ثاني أوكسيد الكربون مما يؤدي إلى انتفاخ في منطقة البطن واضطرابات في الجهاز الهضمي.

كما ينصح بمضغ الطعام جيداً وعدم الإسراع في أكل الطعام، وتوفير الجو الهادئ البعيد عن التوتر، وتجنب الضجيج وكل ما يزيد من القلق والتوتر النفسي أثناء الطعام، وكذلك تجنب فترات الصيام الطويلة، والتي يتبعها عملية إملاء سريعة وبكميات كبيرة للمعدة، وتجنب الوجبات السريعة، والوجبات الدسمة والوجبات المحتوية على البهارات والأطعمة الحريفة.

وكذلك ينصح بتناول كميات من الألياف الطبيعية والمتوفرة في كثير من الفواكه والخضراوات، فقد أكدت الدراسات على أهمية الألياف الطبيعية لتنشيط حركة الأمعاء عامة، وحركة القولون بصورة خاصة، كما وأنها تساعد على انتظام عملية الهضم والخروج، وتوجد الألياف الطبيعية في مستحضرات طبية خاصة على شكل حبوب، أو حبيبات صغيرة جاهزة للالتهام، أو بودرة قابلة للذوبان بالماء.

وهناك مجموعة من الأدوية الخاصة والتي يمكن استخدامها بعد استشارة

الطبيب للحد من الأعراض الجانبية لهذه المتلازمة، أهمها:

١- **الأدوية الخاصة بتخفيف الآلام: يمكن تناولها للحد من التقلصات التي تؤرق المريض من فترة لأخرى، وتستعمل عند الحاجة فقط وحسب استشارة الطبيب.**

٢- **الألياف الطبيعية: وهي مواد مستخلصة من كثير من النباتات الطبيعية والتي تساعد على عملية الهضم، وانتظام حركة الأمعاء ويحتاج الإنسان العادي من هذه الألياف إلى** (٢٥-٣٥) غم يومياً، **وقد أثبتت الدراسات أهميتها في الحد من حالات سرطانات القولون.**

٣- **الأدوية المسهلة: تستخدم في الحالات الخاصة المصحوبة بالإمساك الشديد وهي متنوعة، وتعمل على انتظام القولون بطرق مختلفة ومتباينة، ومن الضروري استشارة الطبيب لاختيار الدواء الذي يحتاجه المريض.**

٤- **الأدوية القابضة: تستخدم في بعض الحالات التي يكون فيها الإسهال المتكرر هو العرض الأساس في هذه المتلازمة.**

٥- **الأدوية المقاومة للاكتئاب النفسي: والأدوية الخاصة بالاسترخاء والأدوية الخاصة للسيطرة على التوتر العصبي كلها من العقاقير الهامة المستخدمة في مثل هذه الحالات وبدرجة نجاح كبيرة، ويجب استشارة الطبيب لوصف الأدوية التي يحتاجها المريض.**

متلازمة تحلل الدم واليوريميا Haemolytic Uraemic Syndrome:

وهو مرض يصيب الأطفال على الأكثر.

المسببات:

سبب المرض غير واضح حتى الآن، ولكن حدوثه في بعض الحالات بشكل وبائي أوحى باحتمال كونه مرضاً التهابياً تسببه أنواع من الفايروسات (Virus) **غير المكتشفة، وهناك من يعتقد بكونه مرضاً مناعياً، و تفتقر كلتا الفرضيتان إلى الأدلة المقنعة.**

أعراض المرض:

١- **فقر دم شديد: يحدث نتيجة لتحلل الكريات الحمراء.**

٢- قصور كلوي سريع التطور.

٣- كثيراً ما تكون هذه الأعراض مسبوقة بتقيؤ وإسهال.

ثم تتطور الصورة السريرية بعد ذلك إلى ما يشبه الصورة السريرية لالتهاب الكلية الحاد يرافقه عجز كلوي، أو تنجم الأعراض المذكورة عن تخثر دموي منتشر في أجزاء جهاز الدوران (Disseminated Interavascular Coagulation).

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

١- الأعراض السابقة.

٢- الفحص السريري للمريض.

٣- إجراء الفحص المختبري للدم: حيث يلاحظ عند فحص الدم:

- وجود خلايا حمراء مشوهة ومكسرة.
- انخفاض عدد الصفيحات الدموية.

٤- إجراء الفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار).

٥- إجراء الفحص بالأشعة الطبقية: حيث يشاهد في الكلية وجود نخر واسع الانتشار شاملاً الكبيبات وبعض الأوعية الدموية الصغيرة.

٦- يشاهد أيضاً وجود تخثر في هذه الأجزاء.

العلاج:

يتم العلاج عن طريق:

١- نقل الدم إلى المريض.

٢- يجب إجراء الإنفاذ البريتوني (Peritoneal Dialysis) للمريض حتى يتوقف المرض وتستعيد الكليتان عملهما بالشكل الطبيعي.

٣- لا يوجد دليل واضح على فائدة الهيبارين عملياً رغم وجود أساس معقول لاحتمال فائدته نظرياً.

٤- يعطى المريض مركبات السيترويد.

متلازمة تنفسية حادة شديدة (سارس) Severe Acute Pulmonary Syndrome (SARS):

سارس هو اختصار لجملة (Respiratory Syndrome Sever Acute)، **وتعني المتلازمة التنفسية الشديدة الحادة وقد أطلق هذا الاسم على الالتهاب الرئوي الشديد الذي بدأ في الظهور في الصين منذ شهر نوفمبر من** عام ٢٠٠٢ **بسبب نوع جديد من الفايروسات، وأخذ بالانتشار في العديد من الدول.**

والالتهاب الرئوي (Pneumonia) مصطلح طبي يطلق على أي التهاب يحدث في الرئتين ويتم تشخيصه من خلال الأشعة بحيث يوجد منطقة بيضاء واضحة، **وهذا الالتهاب في الغالبية العظمى يحدث بسبب بكتيريا وليس فايروس ويمكن علاجه من خلال المضادات الحيوية.**

أما السارس فهو التهاب رئوي ولكن سببه فايروس جديد. **وتشير جميع الدلائل إلى أن حالات الالتهاب الرئوي غير الاعتيادي أو غير النمطي سارس (atypical pneumonia) قد بدأت في الظهور في مقاطعة (Guandgong) في جنوب الصين منذ شهر نوفمبر ٢٠٠٢، بحيث لوحظ زيادة في عدد الحالات التي تصاب بالالتهاب الرئوي الحاد في الفترة منذ نوفمبر ٢٠٠٢، ولكن بدأ المرض في الظهور في دول أخرى كفيتنام وهونغ كونغ نتيجة لوجود أشخاص أصيبوا بنفس الأعراض كانوا قادمين من الصين، كما ظهرت حالات أخرى في كندا لنفس السبب.**

ونتيجة لكثرة هذه الحالات قامت منظمة الصحة العالمية بإصدار تحذير في يوم (١٥ مارس ٢٠٠٣**) تحذر من وجود هذا المرض، وشكلت فريق عمل لتحديد سبب المرض، والإجراءات الوقائية للحد من انتشاره.**

وقد بلغت عدد الحالات الكلية التي تم اكتشافها حتى الآن تقريباً (٨٤٣٧**) وغالبية هذه الحالات في الصين (**٥٣٢٧ حالة**)، هونغ كونغ (**١٧٥٥ حالة**)، وعدد الحالات التي شُفيت من المرض حتى تاريخه هو (**٧٤٥٢ حالة**).**

أما عدد الحالات التي تم اكتشافها في مختلف الدول حتى تاريخ (٢٠٠٣/٧/١١)، فهي موضحة بالجدول التالي:

أعداد المصابين المصدر: منظمة الصحة العالمية

الدولة	عدد المصابين	عدد الوفيات	عدد الشافين
استراليا	٥	لا يوجد	٥
البرازيل	١	لا يوجد	١
كندا	٢٥٠	٣٨	١٩٤
الصين	٥٣٢٧	٣٤٨	٤٩٤١
هونغ كونغ	١٧٥٥	٢٩٨	١٤٣٣
ماكاو	١	لا يوجد	١
تايوان	٦٧١	٨٤	٥٠٧
كولومبيا	١	لا يوجد	١
فنلندا	١	لا يوجد	١
فرنسا	٧	لا يوجد	٦
ألمانيا	١٠	لا يوجد	٩
الهند	٣	لا يوجد	٣
اندونيسيا	٢	لا يوجد	٢
ايطاليا	٤	لا يوجد	٤
الكويت	١	لا يوجد	١
ماليزيا	٥	٢	٣
منغوليا	٩	لا يوجد	٩
نيوزيلندا	١	لا يوجد	١
الفلبين	١٤	٢	١٢
جمهورية أيرلندا	١	لا يوجد	١
جمهورية كوريا	٣	لا يوجد	٣
رومانيا	١	لا يوجد	١
روسيا	١	لا يوجد	لا يوجد
سنغافورة	٢٠٦	٣٢	١٧٢
جنوب أفريقيا	١	١	لا يوجد
أسبانيا	١	لا يوجد	١
السويد	٣	لا يوجد	٣
سويسرا	١	لا يوجد	١
تايلندا	٩	٢	٧
بريطانيا	٤	لا يوجد	٤
الولايات المتحدة	٧٥	لا يوجد	٦٧
فيتنام	٦٣	٥	٥٨
العدد الكلي	٨٤٣٧	٨١٣	٧٤٥٢

أعراض المرض:

١- ارتفاع شديد في درجة الحرارة.

٢- إعياء شديد.

٣- آلام في مختلف أنحاء الجسم.

٤- سعال شديد.

٥- ضيق في التنفس.

ويجب الانتباه أن نسبة (٨٠%-٩٠%) من المرضى قد خفت الأعراض لديهم تدريجياً بدون أن يؤدي المرض إلى مضاعفات كبيرة، ولكن في نسبة (١٠%-٢٠%) قد تطور المرض إلى التهاب شديد في الرئتين بحيث أدى إلى الحاجة إلى التنفس الصناعي وحصلت وفيات في بعض الحالات، ولكن تبقى نسبة الوفيات تقريبا ٥,٨% فقط .

التشخيص:

يجب الاعتماد حالياً على التعريف المحدد من قبل منظمة الصحة العالمية وهو:

١- حالة مشتبه بها Suspected Case:

مريض بدأت أعراض المرض لديه بعد (١ فبراير ٢٠٠٣) وهي: حرارة عالية أكثر من 38°م + التعرض خلال ١٠ أيام السابقة لبدء المرض لـــ:

- مخالطة شديدة لمريض لديه حالة الالتهاب الرئوي الحاد.
- السفر إلى منطقة ثبت وجود وانتقال مرض الالتهاب الرئوي الحاد فيها، وهذه الدول المحددة هي (الصين، هونغ كونغ، فيتنام (هانوي)، تايوان، كندا (منطقة تورنتو)).

٢- حالة مصابة على الأغلب probable Case:

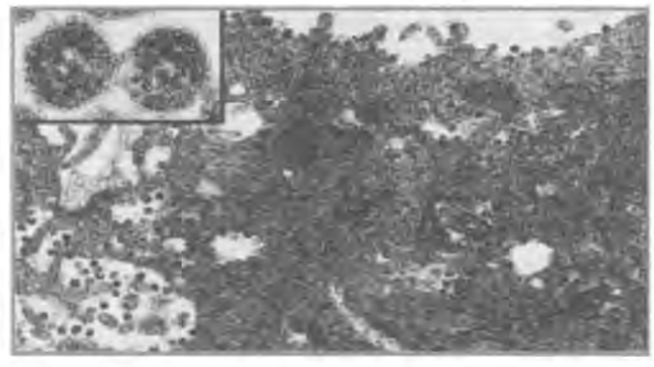
عبارة عن حالة مشتبه بها + أشعة للصدر تبين التهاب رئوي(Pneumonia).

وقد تم تطوير فحص مختبري لتحديد وجود الفايروس في العينات التي تؤخذ من المريض ولكن هذا الفحص غير متوفر في جميع دول العالم إلى الآن ويجب إجراء تجارب عديدة لتحديد مدى دقته في تشخيص وجود الفايروس، أي أنه لا يمكن الاعتماد عليه بشكل نهائي إلى الآن.

المسببات:

أعلنت منظمة الصحة العالمية بشكل رسمي في ١٧/٤/ ٢٠٠٣ عن ظهور فايروس جديد نوعاً ما ينتمي إلى مجموعة يطلق عليها اسم (Corona Virus)، **وهذه المجموعة من الفايروسات تسبب في العادة نزلة البرد الاعتيادية ولكن تحدث طفرة جينية في بعض الأحيان في هذه الفايروسات بحيث تجعلها أكثر شدة، وقد يكون هذا السبب في تطور مثل هذا الفايروس.**

وفترة الحضانة لهذا الفايروس قصيرة تتراوح ما بين (٥-٧) أيام حيث أنه في معظم الحالات تظهر الأعراض خلال أسبوع إذا تمت الإصابة بهذا الفايروس، **وبالتالي فقد حددت منظمة الصحة العالمية فترة** ١٠ أيام **لمراقبة المخالطين أو القادمين من الدول المتأثرة، ويتم الآن تطوير فحص باستخدام تقنية (P.C.R) لإمكانية تشخيص المرض وتحديد ما إذا كان هذا الفايروس موجود في عينات البلغم أو السوائل الرئوية المأخوذة من المرضى.**



صورة بالمجهر الإلكتروني لمقطع من خلية مصابة بالكوروناڤايرس، "أعلى اليسار" صورة مكبرة لجزيئات الفايروس



صورة بالمجهر الإلكتروني تبين حبيبات الفايروس وتظهر على شكل نقط سوداء

العلاج:

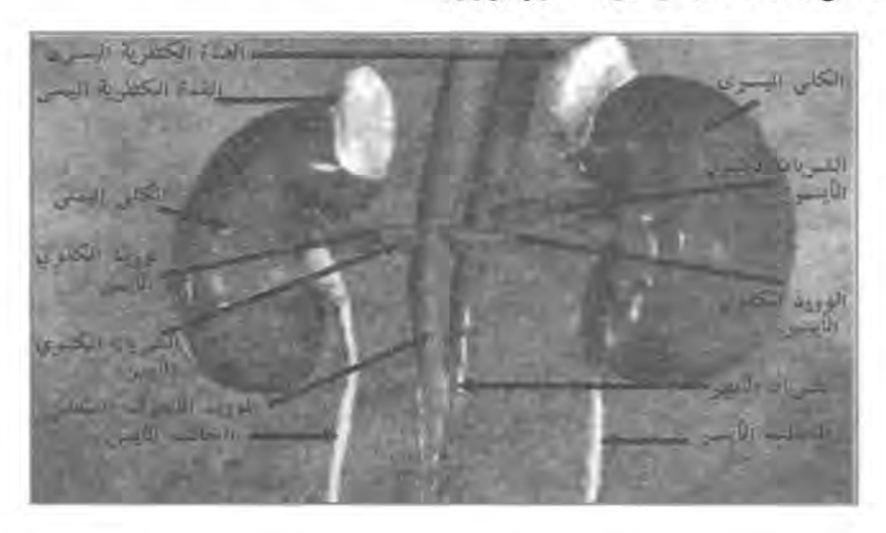
بما أن عامة الفايروسات ليس لها مضادات فعالة بعكس البكتيريا فإن الأدوية المضادة للفايروسات تكون محدودة، وبالتالي لا يوجد إلى الآن علاج محدد وواضح لمرض السارس.

ويتم علاج الحالات في هونغ كونغ بالطريقة التالية:

علاج مساند (خافض للحرارة، أوكسجين) + مضاد حيوي + مضاد للفايروسات Ribavirin + كورتيزون **وفي أخر توصية للسلطات الصحية في كندا أنه لا يوجد دليل من خلال الفحوصات المختبرية على فعالية مضاد الفايروسات (Ribavirin) ضد الفايروس المسبب للمرض وبالتالي لا ينصح باستخدامه بشكل روتيني وإنما يستخدم فقط من خلال دراسة علمية** Clinical trial **لتحديد ما إذا كان هذا الدواء فعال ضد الفايروس أم لا.**

متلازمة كوشنك Cushing's syndrome:

هي عبارة عن مجموعة أعراض وعلامات سريرية تظهر على المريض نتيجة زيادة إفراز الغدة الكظرية لهرمونات الستيرويد (Steroids Hormones) **أي زيادة هرمون الكورتيزول** (Cortisol) **الذي يفرز من قشرة الغدة الكظرية** (Adrenal gland) **أو أدوية الكورتيزون.**



ويرتفع ضغط الدم في ٨٠% من المصابين بهذا المرض وفي هذه الحالة بخلاف حالات الألدوستيرونية الأولية، فإن البوتاسيوم والرنين يكون مستواهما في الدم طبيعي، ويصيب هذا المرض النساء أكثر من الرجال.

المسببات:

زيادة الكورتيزول في الدم تنتج من زيادة إفراز الغدة الكظرية له، وهذا بدوره ينتج من:

١- زيادة هرمون موجه قشرة الغدة الكظرية ((ACTH)-Adrenocorticotrophic hormone) ويحفز إفرازات الغدة الكظرية، ويسمى هذا النوع معتمد على (ACTH-Dependent- ACTH).

٢- مستقل عن (ACTH-Independent-ACTH) حيث إفراز الكورتيزول لا يعتمد ولا يتأثر بـــ ACTH في الدم، وينتج إما من ورم حميد أو ورم خبيث في الغدة الكظرية (Adrenocortical Adenoma or Carcinoma).

أسباب معتمد على-**(ACTH-Dependent) ACTH**:

١- زيادة إفراز هرمون موجه قشرة الغدة الكظرية (ACTH)-Adrenocorticotrophic hormone)) من الغدة النخامية (Pituitary gland) ويكون غالباً نتيجة أورام في الغدة ويسمى هذا النوع بمرض كوشنك (disease Cushing's).

٢- زيادة إفراز هرمون موجه قشرة الغدة الكظرية (ACTH)-Adrenocorticotrophic hormone)) من أورام غير أورام الغدة النخامية مثل نوع من أنواع سرطانات الرئة يسمى بسرطان الرئة ذو الخلايا الصغيرة (Small cell carcinoma of the lung) ويسمى هذا النوع بمتلازمة-ACTH-المُنتبذ (Ectopic ACTH syndrome).

أعراض المرض:

ويؤدي زيادة إفراز هذه الهرمونات إلى:

- الوجه الدائري المنتفخ (قمري Moon- face) والمحتقن.
- السمنة (Obesity) وتكون متركزة في جذع الجسم مع كتل شحمية متركزة فوق عظم الترقوة وأسفل مؤخرة الرقبة يسمى بسنام الجاموس (hump Buffalo).

- **ظهور خطوط حمراء داكنة في الجلد** (Stria) **وخاصة في منطقة البطن** (striae Purple) **بسبب تشققه.**
- **يكون الجلد رقيقاً ويتأخر التئام الجروح وسهولة حدوث الكدمات على الجسم** (بقع زرقاء في الجلد تمثل نزيف تحت الجلد).
- **نحافة أطراف الجسم والأصابع وتنخر العظام** (Osteoporosis).
- **ضمور وضعف العضلات.**
- **ارتفاع ضغط الدم والسكري وهبوط في مناعة الجسم ضد الميكروبات واضطرابات نفسية.**
- **قصور في النمو لدى الأطفال المصابين.**
- **اضطرابات الدورة الشهرية وقلة الطمث** (Oligomenorrhea) **لدى النساء المصابات وزيادة في كثافة شعر الجسم.**

التشخيص:

تجرى التحاليل التالية للتشخيص ومعرفة مصدر المرض:

١- **مستوى الكورتيزول الطبيعي في الدم يختلف في الصباح عنها في المساء، فيكون أعلى صباحاً وينخفض مساءً ويسمى هذا بالاختلاف النهاري** (Diurnal variation)، **والمعدلات الطبيعية للكورتيزول** هي:

- (٢٠٠-٦٥٠) **نانومول/لتر الساعة** (٦-٩) **صباحاً** (٥-٢٥) **مايكروغرام/ ديسيلتر** (١٠٠مليلتر).
- **أقل من** ٣٠٠ **نانومول/ لتر الساعة** (٩-١٢) **مساءً** (أقل من ١٠ مايكروغرام/ ديسيلتر).
- **الكورتيزول الحر في البول** (٣٥-١٢٠) **مايكروغرام في** ٢٤ ساعة (Free urinary cortisol) **المعدل في الدم عند المصاب يكون مرتفعاً ولا ينزل للمستوى الطبيعي مساءً بل يظل مرتفعاً أي اختفاء الاختلاف النهاري، وكذلك إفراغ الكورتيزول الحر في البول يكون مرتفعاً في** ٢٤ ساعة.

٢- **اختبار ديكساميثازون** (Dexamethason test) **لمعرفة مصدر السبب إذا كان من الغدة النخامية أم لا حيث أن ديكساميثازون سوف يقلل من معدل** ACTH **وبالتالي**

الكورتيزول الحر في البول إذا كان السبب من الغدة النخامية ولكن لا يؤثر إذا كان السبب من أورام الغدة الكظرية أو أورام خارجها غير الغدة النخامية.

٣- مستوى ACTH في الدم حيث يكون عالياً جداً (أعلى من ٢٠٠ بيكوغرام /مليلتر) إذا كان الإفراز من ورم خارج الغدة الكظرية أو النخامية ويكون منخفضاً جداً إذا كان الورم في الغدة الكظرية، ويكون معتدل العلو إذا كان الورم في الغدة النخامية (٧٥-٢٠٠ بيكوغرام /مليلتر).

٤- مستوى البوتاسيوم في الدم يكون منخفضاً (أقل من ٣ مليمول/لتر) وكذلك حموضة الدم إذا كان المصدر ACTH مُنتبذ (خارج الغدة الكظرية والنخامية) (Ectopic-ACTH-syndrome).

٥- تصوير مقطعي مُحوسب (Computerised tomographic scan (scan(CT)) أو تصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic resonance imagimg (MRI)) لتشخيص أورام الغدة الكظرية والنخامية وخارجهما.

العلاج:

- العلاج الأساسي هو بإزالة مصدر المرض (المصدر المسبب لزيادة إفراز الكورتيزول) وهو غالباً ورم جراحي سواء كان الورم في الغدة الكظرية أو النخامية أو خارجهما.
- استخدام تشعيع بأشعة عالية الجهد لأورام الغدة الكظرية (Supervoltage irradiation).
- إزالة الغدة الكظرية جراحياً تماماً (Bilateral adrenaloctomy) ويحتاج المريض في هذه الحالة إلى أخذ دواء كورتيزون بديل مدى الحياة.
- أدوية لتثبيط إنتاج الكورتيزول من الغدة الكظرية مثل ميتيرابون (Metyrapone) أمينوغليثيمايد (Aminogluthemide).

مذح Intertrigo:

تحدث هذه الإصابة عادة في الأماكن المتقابلة من الجلد (الثنايا) كمذح منطقة خلف الأذنين وتحت الثديين، ومما يساعد على تطور هذه الإصابة إلى إصابة مزمنة

هو وجود الرطوبة والاحتكاك، بالإضافة إلى وجود عوامل ممرضة مثل الخمائر والجراثيم الأخرى.

مرض باركنسون Barkinson's disease:

اكتشف هذا المرض في عام ١٨١٧م من قبل الطبيب البريطاني جيمس باركنسون وسمي باسمه، وهو مرض يصيب الدماغ ويقلل القدرة على التحكم في الأعصاب، ويصيب البالغين في الغالب ما بين سن الخمسين والسبعين.

المسببات:

لا يعرف سبب محدد للإصابة بهذا المرض، ولكن قد يعزى للمبيدات مثل مبيدات الذباب التي قد يكون لها دور في حدوثه.

أعراض المرض:

ترتبط أعراض هذا المرض بتلف في خلايا جزء معين من الدماغ، والذي يؤدي بدوره إلى فقد الدوبامين، وهو سائل كيميائي يصل الخلايا العصبية ببقية خلايا الدماغ، وتظهر الأعراض تدريجياً وتبدأ بارتعاش إحدى اليدين، ولهذا السبب أطلق عليه اسم (الشلل الرعاش)، ويجد المريض صعوبة في المشي والكتابة، وتأخذ الأعصاب المتصلة في الوجه شكلاً يشبه القناع، وقد ينتهي المريض بأن يصبح مقعداً عاجزاً عن الحركة.

العلاج:

يعالج المرض بإيجاد بديل لسائل الدوبامين المفقود في الدماغ، وهو عقار يعرف باسم (لفودوبا) أو (ل – دوبا)، ولكن قد يؤدي تعاطي الدواء لفترة طويلة إلى مضاعفات مثل الحركات الشاذة والتغيرات الفجائية في السيطرة على الأعصاب وانعدام النوم وكثرة الكوابيس العنيفة في النوم والهلوسة والاضطراب.

وقد تم في الربع الأخير من القرن العشرين اكتشاف عقار جديد يعرف باسم (دبرنيل) وهو لا يؤدي إلى تخفيف أعراض المرض فحسب بل يؤدي إلى وقف تقدم المرض أيضاً.

مرض بيرجو Burger's Disease:

هو مرض وعائي دموي يصيب أوعية الطرفين السفليين، وهو حدوث التهابات في الأوعية الدموية تكون مترافقة مع وجود خثرة في الوعاء المصاب، ويصيب هذا المرض الرجال أكثر من النساء.

أعراض المرض:

١- ألم في الطرف المصاب بعد المشي لمسافة قصيرة ويؤدي للعرج المتقطع.

٢- خدر وتنمل في الطرف المصاب.

٣- احتقان واحمرار موضعي في الطرف المصاب.

العلاج:

يتم العلاج جراحياً.

مرض ذات القواتم Pnaeo Chromocytoma:

يعزى هذا المرض إلى حدوث ورم في الأنسجة الكرومافينية في الغدة الكظرية أو غيرها، وهذه الخلايا تفرز هرموني الأدرينالين (Adrenaline) والنور أدرينالين (Noradrenaline) ويسبب هذين الهرمونين تضيق الأوعية الدموية (Vasoconstriction) وزيادة في نبضات القلب مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم.

ويصاب بهذا المرض بنسبة واحد بالألف من المصابين بارتفاع ضغط الدم ولكنه يكون أكثر انتشاراً بين الأطفال.

أعراض المرض:

يتميز هذا المرض بحدوث نوبات من الارتفاع الشديد في ضغط الدم تظهر أعراضها بشكل:

١- ألم في الرأس (صداع).

٢- قلق.

٣- تعرق غزير.

٤- خفقان القلب.

٥- عسر التنفس.

٦- تقيؤ.

٧- ألم في البطن والصدر.

التشخيص:

١- إجراء الفحص السريري للمريض.

٢- إجراء الفحوصات المختبرية: وأهم التحاليل المختبرية التي تجرى هو تحليل الإدرار الذي يظهر كمية كبيرة من مادة (Y.M.A) والتي هي إحدى نواتج هرمونات الغدة الكظرية.

مرض رينود Raynaud's Disease:

هو مرض وعائي يصيب شرايين أصابع اليدين والقدمين نتيجة لحدوث انقباض شديد في الأوعية الدموية الصغيرة في الجلد، **مما يؤدي إلى حدوث قصور دموي في المنطقة المتعرضة للبرد، ويصبح الجلد شاحب اللون، ثم يخف هذا الانقباض مما يؤدي إلى زيادة جريان الدم في الدورة الدموية في هذه المنطقة فيصبح لون الجلد أحمر، ويكون مصحوباً بألم يشبه ألم الجلطة القلبية، حيث أن الحالتين سببهما متشابه** Ischaemia، **ويصيب النساء أكثر من الرجال، وتحدث الإصابة في سن (٢٠-٤٠) سنة.**

المسببات:

لا تزال العوامل المسببة لهذا المرض غير معروفة، وهي تظهر عادة في العشرينات أو الثلاثينات من العمر، وقد تعود لاستعداد وراثي لدى المصاب.

أعراض المرض:

تحدث الحالة عند مواجهة البرد وبرغم ارتداء القفازات والجوارب السميكة، **ويشعر المصاب ببرودة غير طبيعية مع صعوبة في الحركة والشعور بالخدر نتيجة فقدان الإحساس، بالإضافة إلى الشعور بالألم القاسي كما يصبح لون الأصابع أبيض شاحب، وقد يرافقها أحياناً تقرحات في الجلد، وتستمر الحالة لفترة معينة حتى تعود الشرايين إلى التوسع ويعود جريان الدم إلى الأطراف فيصبح لون الجلد أحمر.**

العلاج:

ينصح أولاً بالوقاية الكافية من البرد بارتداء القطع السميكة حول الأطراف كالجوارب والقفازات، وعندما لا ينفع ذلك يمكن استخدام بعض العقاقير الخاصة بمعالجة ارتفاع ضغط الدم مثل نفيديبين Nefedipin، والتي تساعد على توسيع الشرايين للسماح بمرور الدم، ويمكن أيضاً في حالات خاصة تنظيف بلازما الدم Electrophoresis.

مرض كرون Crohn's Disease:

وهو من الأمراض النادرة يصيب نهاية الأمعاء الدقيقة وبداية الأمعاء الغليظة بتقرحات سطحية، وهو مرض مزمن غير معروف السبب، وغالباً ما يصيب الشباب بعد سن العاشرة إلى الخامسة والعشرين، ويمكن أن يظهر مرض كرون في أي جزء من الجهاز الهضمي ابتداءً بالفم وانتهاءً بنهاية الأمعاء الغليظة، ويصيب هذا المرض الأمعاء الغليظة فقط في ٢% من المرضى، ويصيب الأمعاء الدقيقة فقط في ١٥% من المرضى، ويصيب مرض كرون عادة أجزاءً محدودة من الأمعاء تاركاً أجزاءً أخرى بدون إصابة مما ينتج عنه مرض متنقل في أجزاء الأمعاء، ويصيب كذلك جميع طبقات الأمعاء الخمسة مبتدأً بالبطانة الداخلية ومنتهياً بالغشاء الخارجي للأمعاء، كما تتقرح البطانة نتيجة لذلك وتتضخم الغدد الليمفاوية المتعلقة بذلك الجزء من الأمعاء المصابة.

المسببات:

١- نقص المناعة في تلك المنطقة.

٢- الإصابة بالالتهابات الجرثومية.

٣- التعرض للرضوض والأجسام الغريبة.

٤- التوتر والقلق والاضطرابات النفسية.

أعراض المرض:

١- الشعور بآلام مزعجة في البطن.

٢- إسهال وانتفاخ البطن ويحدث في ٨٠% -٩٠% من الحالات.

٣- ارتفاع في درجة حرارة الجسم يحدث في ٣٠% من الحالات.

٤- الضعف والوهن العام.

٥- فقر دم وانخفاض في الوزن يحدث في ٥٠ % من الحالات.

٦- ظهور دم في الخروج ونزيف في ١٠% من الحالات.

٧- آلام في فتحة الشرج والناسور في ١٥% -٢٠% من الحالات.

ويعتبر انسداد الأمعاء الدقيقة نتيجة الالتهابات الشديدة، من أهم المشاكل التي يتعرض لها المريض، **كما تظهر بعض الأعراض البعيدة عن الجهاز الهضمي وتكون ناتجة عن مرض كرون مثل التهابات العين والمفاصل وطفح جلدي وحصى في الجهاز البولي والتهابات في الكبد وتخثر في الدم وغيرها، ويظهر في بعض الأحيان على شكل آلام شديدة في البطن شبيهة تماماً بآلام الزائدة الدودية، وغالباً ما يضطر الجراح لأجراء عملية استئصال الزائدة وبعدها يتبين وجود مرض كرون في نهاية الأمعاء الدقيقة.**



جزء طبيعي من القولون (صورة بالمنظار)

التشخيص:

يتم تشخيص هذا المرض بالفحص السريري وإجراء التحاليل الضرورية للدم والخروج وتحاليل أخرى خاصة.

ويعتبر الفحص المختبري لبطانة الأمعاء من أهم التحاليل التي تشخص المرض، **وتؤخذ هذه العينات عن طريق منظار القولون، حيث يقوم أخصائي الجهاز**

الهضمي بإدخال أنبوبة رفيعة من فتحة الشرج إلى الأمعاء الغليظة، وعن طريق معاينة بطانة القولون يتوصل إلى معرفة المرض.

كما يقوم بأخذ عينات بواسطة ملاقط خاصة للفحص في المختبر والتي تقوم بدورها بتشخيص الحالة بشكل نهائي.



صورة بالمنظار لقولون مصاب بمرض كرون خفيف إلى متوسط الشدة، تظهر انتشار التقرحات السطحية على الجدار (سهم أحمر)



صورة بالمنظار لقولون مصاب بمرض كرون شديد، تظهر التقرحات العميقة والطولية في الجدار (سهم أحمر)



صورة بالمنظار لقولون مصاب بمرض كرون شفي بعد علاج مكثف وتظهر وجود ندب على الجدار أثر الالتهابات والتقرحات (السهم الأحمر)

وتلعب الأشعة التشخيصية دوراً هاماً حيث أنها تحدد تواجد المرض في الأمعاء الدقيقة وتكشف الضيق الذي يحصل في جوف الأمعاء الدقيقة.



صورة لأشعة وجبة باريوم مع المتابعة تبين الضيق الذى يحصل فى نهاية الأمعاء الدقيقة نتيجة للمرض

العلاج:

يحتاج علاج هذا المرض على المدى البعيد إلى الآتي:

١- الراحة التامة في السرير أثناء انتكاس المرض.

٢- غذاء عالي بالبروتين والسعرات الحرارية وقليل من الألياف التي قد أن تؤدي إلى آلام في البطن نتيجة لضيق الأمعاء.

٣- يعطى المريض الأدوية المتوفرة لعلاج هذا المرض، ومن أهمها الكورتيزون Glucocorticosteroids والسلفاسالازين Sulphasalazin، ومركبات أخرى مثل الأسيكول Asacol، وغيرها وذلك للحد من الالتهابات المزمنة في بطانة الأمعاء، كما يلعب دواء ايزوثايوبرين Azathioprine دوراً هاماً في الحد من كمية الكورتيزون المستخدمة وهذا الدواء الأخير يقوم بخفض جهاز المناعة للتقليل من حدة الالتهاب.

٤- تلعب الجراحة دوراً في حالات انسداد الأمعاء غير المستجيبة للعلاج بالأدوية، ووجود التقيحات البكتيرية والناسور، ويتجنب الطبيب المعالج الجراحية حيث أن المرض غالباً ما يعود في نفس المكان المستأصل منه الأمعاء، وكما أن تعدد مرات الجراحة يؤدي إلى قصر في طول الأمعاء التي تؤدي إلى سوء في عملية الامتصاص ينتج عنها هزال شديد، مما يضطر الطبيب للجوء إلى طرق أخرى للتغذية.

مستقبل المرض:

يبدي عدد كبير من أخصائيو الجهاز الهضمي اهتماماً كبيراً بمرض كرون، ويقوم كثير من العلماء في كثير من دول العالم بعمل الأبحاث الأساسية الإكلينيكية لمعرفة مسببات المرض، وأبحاث حول علاجات جديدة لهذا المرض.

وهناك أبحاث مشجعة على استخدام السيكلوسبورين وهو دواء جديد للحد من الانتكاسات في هذا المرض المزمن، كما توجد عدة أبحاث حول استخدام المضادات الحيوية الخاصة بمرض السل والتي من شأنها أن تؤدي إلى نتائج جيدة في بعض الحالات المستعصية.

وهناك عقار جديد هو عبارة عن أضداد أحادية المصدر (وحيدة النسيلة) Monoclonal Antibodies تعمل ضد تيومر نكروسيز فاكتور-ألفا Tumour Necrosis Factor-alpha (TNF-alpha)، وهي مادة مهمة في الالتهابات التي تحصل في مرض كرون، واسم الدواء انفلكسي ماب Infliximab (راميكيد Ramicade) ويستخدم في حالات مرض كرون المتوسطة إلى الشديدة والتي لم تستجب للعلاجات الأخرى.

الحمل ومرض كرون:

يجب أن يحدث الحمل أثناء هدوء المرض (Remission) لأن الدراسات أثبتت بأن الحمل أثناء الانتكاسات المرضية قد يسبب:

- موت الجنين في الرحم (Hydrops Foetalis).
- الولادة المبكرة (Premature Labour).

- هبوط حاد بوزن الطفل (Low Birth Weight).

وإذا ما حدثت انتكاسة للمرض أثناء الحمل، فيعالج بالطرق والأدوية المتبع استخدامها ما عدا الأدوية المثبطة للمناعة (Immuno-suppressants) مثل عقار اميوران (Imuran).

مرض كريات الدم الحمراء المنجلي (المنجلية) Sickle Cell disease:

ينتج هذا المرض من وجود هيموغلوبين (S) وهو هيموغلوبين غير موجود في الدم الطبيعي Sickle Haemoglobin، و له خاصية البلورة عندما تقل نسبة الأوكسجين في الدم، ويؤدي هذا إلى تغير شكل كريات الدم الحمراء من الدائري المقعر السطحين الطبيعي إلى المنجلي، مما يؤدي إلى انسداد الأوعية الدموية الدقيقة، وعندها يشكو المريض من آلام شديدة إما في البطن أو في المفاصل، ويؤدي هذا الانسداد بالتدريج إلى تدمير المفاصل، وكذلك يؤدي تغير شكل الكريات إلى تكسر حاد في كريات الدم وينتج عنه هبوط حاد بكمية الهيموغلوبين ويرقان.

الأنواع:

١- الحامل للمرض **Sickle cell trait**:

يكون المصاب به طبيعيا تماماً ولا يشكو من أي أعراض وتكون تحاليله طبيعية، ولا يكتشف إلا إذا أجري له تحليل نسب أنواع الهيموغلوبين في الدم (Electrophoresis Haemoglobin) ، حيث يكون هيموغلوبين (S) موجوداً بنسبة ٣٠-٤٠ % وتحليل تغير شكل الكريات الحمراء (Sickling Test) يكون موجباً، وهو التحليل الذي يبين تغير شكل كريات الدم الحمراء من الدائري الطبيعي إلى المنجلي عند انخفاض نسبة الأوكسجين في الدم.

٢- مرض كريات الدم المنجلي **Sickle cell disease**:

يشكو المصاب به من الأعراض المذكورة سابقاً وتحدث على شكل نوبات وأي عامل يؤدي إلى انخفاض نسبة الأوكسجين في الدم يؤدي إلى حدوث نوبة للمريض

ومن هذه العوامل:

- **الإرهاق الشديد** (مثل الرياضة القاسية).
- **التلوث الجرثومي** (مثل تلوث الدم أو التهابات المسالك البولية).
- **حالات الجفاف** (التعرض للشمس أو الحرارة لفترات طويلة).

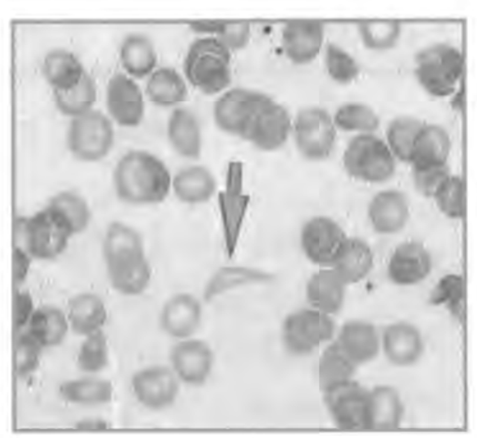
المضاعفات:

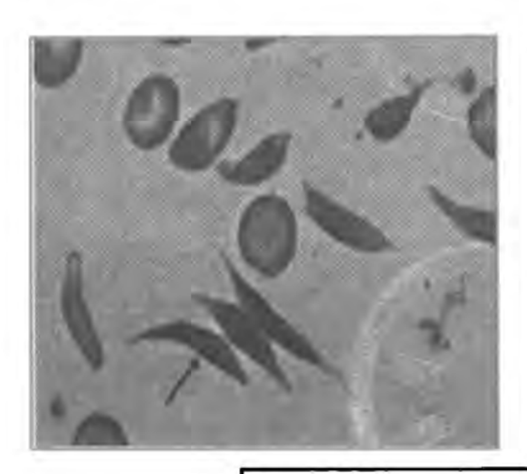
- نوبات ألم.
- **زيادة قابلية الإصابة بالالتهابات.**
- **حدوث جلطات** (سكتة) **دماغية.**
- **تقرحات بالرجل.**
- **تلف أنسجة العظام والمفاصل.**
- **يرقان** (Jaundice).
- **تكون حصى المرارة** (Gallstones).
- **تلف أنسجة الكلى.**
- **تلف أنسجة العين.**
- **فقر دم** (Aneamia).
- **تأخر نمو الطفل المصاب.**
- **انتصاب مؤلم عند الذكور** (Priapism).
- **انسداد في أوعية الرئة.**

التشخيص:

إجراء تحاليل للدم حيث تكون نتائج تحاليل الدم كالتالي:

- **تحليل تغير شكل الكريات الحمراء** (Sickling Test) **يكون موجباً.**
- **تحليل نسب أنواع الهيموغلوبين في الدم** (Haemoglobin Electrophoresis)، **حيث يكون هيموغلوبين** (S) **موجوداً بنسبة** (٧٥-٩٥)% **ولا يوجد هيموغلوبين** A **في الدم بتاتاً.**





صور مجهرية لكريات حمراء منجلية (الأسهم)

وقد تظهر على المريض أعراض يجب الانتباه إليها ومراجعة الطبيب فور ظهورها وهي:

- ارتفاع في درجة الحرارة.
- ألم في الصدر.
- ضيق في التنفس.
- تعب وإرهاق غير طبيعيين.
- انتفاخ في البطن.
- صداع مفاجئ شديد.
- تنمل أو خدر وضعف في الأطراف.
- ألم غير طبيعي لا يستجيب للمسكنات المعتادة.
- انتصاب مؤلم عند الذكور.
- تغير مفاجئ في حدة النظر أو مجال النظر.

العلاج

- عدم التعرض للعوامل المسببة للنوبات مثل الإرهاق (الرياضة القاسية) والحرارة العالية وشرب الكثير من السوائل وخاصة في الطقس الحار.

- أخذ أقراص الفولك أسيد (Folic acid) لتجنب النقص فيه وذلك لزيادة طلب الجسم له نتيجة لتكسر كريات الدم الحمراء وأهميته في إنتاجها في الجسم.
- زراعة نخاع العظم (Transplant Bone Marrow) ويجب توفر متبرع ملائم مطابق من حيث التركيبة الوراثية.
- العلاج بعقار هيدروكسي يوريا (Hydroxyurea) الذي يستخدم في علاج السرطانات وذلك لأنه يزيد من إنتاج الهيموغلوبين الجنيني Foetal Haemoglobin والذي بدوره يقلل من خاصية بلورة هيموغلوبين S.
- العلاج بالجينات، أي تعديل التركيبة الجينية (الوراثية) للمريض (Gene Therapy) في المستقبل حيث أن التركيز على العلاج الجيني هو محور الأبحاث في كل الأمراض.

الناحية الوراثية:

يكون لدى الشخص الحامل للمرض إحدى جينات بيتا (ß) مصابة، والجين المصاب رمزه $ß^s$، وعلى هذا يكون رمز الشخص الحامل للمرض هو ($ßß^s$) والشخص المصاب بالمرض هو ($ß^sß^s$).

١- إذا تم الزواج بين شخص سليم (ßß) وآخر حامل للمرض ($ßß^s$) فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	ß	$ß^s$
ß	ßß	$ßß^s$
ß	ßß	$ßß^s$

أي أن احتمال أن يكون الجنين في الحمل حاملاً للمرض هي ٥٠%.

٢- إذا تم الزواج بين شخص حامل للمرض ($ßß^s$) من آخر مصاب بنفس الحالة ($ßß^s$) حامل للمرض فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	ß	$ß^s$
ß	ßß	$ßß^s$
$ß^s$	$ßß^s$	$ß^sß^s$

أي أن احتمال أن يكون الجنين في الحمل حاملاً للمرض تكون٥٠%، و ٢٥% يصاب بمرض المنجلية و٢٥% طبيعي.

٣- إذا تم الزواج بين شخص مصاب بالمرض (ßsßs) من شخص سليم (ßß) فان جميع الأولاد يكونون حاملين للمرض.

	$ß^s$	$ß^s$
ß	$ßß^s$	$ßß^s$
ß	$ßß^s$	$ßß^s$

٤- إذا تم الزواج بين شخص مصاب بالمرض ($ß^sß^s$) من شخص حامل للمرض ($ßß^s$) فان الاحتمالات تكون كما يلي:

	$ß^s$	$ß^s$
ß	$ßß^s$	$ßß^s$
$ß^s$	$ß^sß^s$	$ß^sß^s$

أي أن احتمال أن يكون الجنين في الحمل حامل للمرض تكون ٥٠%، و٥٠% مصاب بالمنجلية.

٥- وإذا تزوج شخص مصاب من آخر مصاب كذلك فإن جميع الأولاد يصابون بالمنجلية.

يتضح مما سبق أهمية التأكد من خلو الطرف الثاني في الزواج من هذه الأمراض الوراثية، خصوصاً إذا كان الطرف الأول حاملاً لها، وذلك لتجنب إنجاب أطفالاً مصابون بالمنجلية، مما يؤدي إلى معاناة الطفل والأبوين.

ويجب أن يتأكد أي شخص يريد الزواج من خلوه هو نفسه من هذه الأمراض وخلو الطرف الآخر منها، وخاصة مع وجود تاريخ عائلي للمرض حتى لو كاناً لا يشتكون من أي أعراض خلال حياتهما.

وهناك حالات تنتج من اتحاد الجينات (البصمات الوراثية) المختلفة بعضها ببعض الموروثة من الأبوين، فإذا كان الأب مثلاً حاملاً للثلاسيميا، والأم حاملة للمنجلية ينتج عن ذلك مرض بيتا ثلاسيميا/منجلية (Sickle/Thalassemia)، كذلك يمكن أن يكون نفس الشخص مصاباً بنقص إنزيم G٦PD لأنه يورث عن طريق آخر وهو الكروموسوم الجنسي.

مرض كون Conn's Disease :

ويسمى أيضاً الألدوستيرونية الأولية (Primary Aldosteronism) والألدوستيرون

(Aldosterone) عبارة عن هرمون تفرزه قشرة الغدة الكظرية (Adrenal Gland) وله دور مهم في عملية تنظيم ضغط الدم، إذ أنه يؤدي إلى احتباس الماء والصوديوم، وتنظم عملية إفراز هذا الهرمون بواسطة هرمون الأنجيوتنسين.

المسببات:

حدوث ورم في قشرة الغدة الكظرية (Adrenal Adenoma) ينتج عنه زيادة في إفراز الألدوستيرون دون انتظار الإيعاز من الأنجيوتنسين (أو الرنين)، لذلك يرتفع مستوى الألدوستيرون في الدم بينما تبقى نسبة الرنين (Renin) والأنجيوتنسين(Angiotensin) قليلة، وتسمى هذه الحالة بالألدوستيرونية الأولية تمييزاً لها من الألدوستيرون الثانوية (Secondary Aldo Steronism) والتي يرتفع فيها مستوى الألدوستيرون في الدم بسبب زيادة إفراز الرنين، الذي يؤدي بدوره إلى زيادة إفراز هرمون الأنجيوتنسين، وتحصل هذه الحالة في بعض حالات ارتفاع ضغط الدم الخبيث.

وتؤدي الزيادة في إفراز هرمون الألدوستيرون إلى احتباس الماء والصوديوم وزيادة طرح البوتاسيوم مع الإدرار، ولهذا تقل نسبة البوتاسيوم في الدم (Hypokalemia)، وتؤدي هذه الزيادة في الدم إلى ارتفاع ضغط الدم، أما الأعراض الأخرى التي تعزى إلى قلة البوتاسيوم، فهي الشعور بالضعف العضلي، والعطش وكثرة التبول (Polyurea).

التشخيص:

١- الفحوصات المختبرية: يظهر تحليل الدم في هذه الحالة زيادة في نسبة الصوديوم وقلة البوتاسيوم عن الحد الطبيعي، كذلك يظهر زيادة هرمون الألدوستيرون في الدم ونقصاً في فعالية الرنين في البلازما (Plasma Renin Activity) .

ومما يجب ملاحظته قبل إجراء هذا التحليل هو أن الأدوية المخفضة لضغط الدم وكذلك حبوب منع الحمل يؤثران في نسبة الرنين والألدوستيرون في الدم، لذلك لا يجوز اعتماد نتائج هذا التحليل إلا بعد التوقف عن تناول الأدوية والعقاقير المذكورة قبل إجراء التحليل بفترة من الزمن.

٢- الفحوصات الشعاعية: هناك فحوصات شعاعية متطورة يتم من خلالها تحدد موقـــع الورم في الغدة الكظرية.

مغص كلوي Renal Spasm:

هو ألم حاد ومستمر يشعر به المريض في المنطقة القطنية أو تحت الأضلاع الأمامية أو قد يكون بشكل نوبات من الألم الحاد المبرح تذهب وتجيء أثناء أربع وعشرين ساعة أو أقل وتكون هذه النوبات مصحوبة بالتعرق الغزير والتقيؤ.

المسببات:

يحدث المغص الكلوي نتيجة لوجود:

١- انسداد بين الكليتين والحالب: نتيجة لوجود حصاة كلوية أو ورم.

٢- حصاة في الحالب.

٣- ضغط على أحد الحالبين من قبل عضو آخر في البطن.

٤- تخثر أو ورم في الحالب.

٥- حصاة أو ورم يسد ممر الحالبين إلى المثانة.

العلاج:

يتم علاج المغص الكلوي بواسطة الأدوية المهدئة للمغص والأدوية المسكنة للألم ومن هذه الأدوية:

- الأنلجين Analgin (Novalgin).
- البسكوبان (Buscopan).
- والسبازمالوجين (Spasmalgon).
- البيبافيرين (Papaverin).
- الأتروبين(Atropine).

ملاريا Malaria:

هو مرض طفيلي معدي خطير منتشر في المناطق المدارية وشبه المدارية، ويسمى أيضاً البرداء، ويموت ما بين مليونين وثلاثة ملايين من الناس بهذا المرض في كل عام.

المسببات:

تسبب الملاريا أوليات (كائنات مجهرية) طفيلية تسمى المتصورات أو طفيلي الملاريا (بلازموديوم الملاريا)، **تنتقل للإنسان بواسطة لدغة أنثى البعوضة المسماة** (الأنوفليس)، **حيث تتغذى على دم الإنسان وتنقله من المريض إلى الشخص السليم.**

وهناك أربعة أنواع من الملاريا، كل منها يسببه نوع مختلف من المتصورات، والأنواع الأربعة من الأوليات المسببة للملاريا هي:

- **المتصورات المنجلية.**
- **المتصورات النشيطة.**
- **المتصورات البيضوية.**
- **المتصورات الوبالية.**

فترة الحضانة:

تستمر فترة حضانة الطفيلي ١٤ يوماً.

أعراض المرض:

تسبب الملاريا قشعريرة دورية مع حمى قد تصل درجة حرارة الجسم فيها الى ٤١,١°م، **وتسبب المتصورة المنجلية والنشيطة والبيضوية نوبات من القشعريرة والحمى تظهر كل** ٤٨ ساعة **تقريباً** وتسمى **بالملاريا الثلاثية الحميدة، أما في حالة الإصابة بالمتصورة الوبالية فإن القشعريرة والحمى تتكرران كل** ٧٢ ساعة **وتسمى الملاريا الرباعية** (ملاريا الربع) **الحميدة.**

وتستمر نوبة الملاريا لمدة ساعتين أو أكثر يصاحبها صداع وألم في العضلات وغثيان، **وبعد مرور النوبة يتعرق المريض، مما يسبب انخفاضاً في درجة حرارة الجسم إلى المعدل الطبيعي، وبين كل نوبة وأخرى يشعر المريض بتحسن ولكنه يكون ضعيفاً ويصاب بفقر الدم.**

وأخطر أنواع المرض هو الذي تسببه المتصورة المنجلية ويسمى الملاريا الخبيثة، **فالمريض في هذه الحالة يزداد ضعفاً مع كل نوبة حمى، وليس لنوباتها مواعيد، فقد تأتي يومياً أو كل يومين، ومعظم المرضى يموتون إذا لم يتم علاجهم، أما**

في حالة المتصورة النشيطة والبيضوية والوبالية، فإن النوبات تخف في كل مرة وأخيراً تتوقف حتى من دون علاج، وقد تعود الأعراض إلى الظهور بعد فترة طويلة من تماثل المريض إلى الشفاء.

والملاريا من الأمراض التي تميل إلى الأزمان، فقد يكمن الطفيلي في الجسم دون أن يسبب إحداث نوبة، ثم يعود إلى النشاط فجأة، فيصاب المريض بنكسة لا تختلف عن نوبة المرض الأصلية.

التشخيص:

يتم إجراء تحليل دم المريض والتعرف على المتصورات ونوعها.

العلاج:

يمكن معالجة المريض بالأدوية المضادة للملاريا مثل عقار الكلوروكوين، وهذه الأدوية تقي من المرض بالإضافة إلى معالجته، والمهم في العلاج هو إتمامه، لا قطعه بمجرد انقطاع النوبات ويتناول المريض بعد شفائه أحد العقاقير التي تقضي على الطفيليات الكامنة داخل الجسم، كعقار البريماكوين.

الوقاية:

تشمل الوقاية من الملاريا في منطقة ما مكافحة البعوض الناقل لها بالتخلص من بؤر توالد بعوض الأنوفيلس، وعلاج المصابين علاجاً كاملاً يمنع كمون العدوى.

مليساء سارية Molluscum Contagiosum:

وهي مرض سار ينجم عن حمة راشحة تصيب الأطفال غالباً وقد تشاهد عند الكبار أيضاً، تظهر أعراضها على شكل أورام سليمة صغيرة تشبه الثآليل سطحها أملس لماعة نصف كروية ومسررة في منتصفها، ويخرج منها بالضغط مادة عجينية خاصة، وتقع الإصابة في جميع أنحاء الجلد، ولها أحجام مختلفة.

طرق العدوى:

ينتشر المرض عن طريق العدوى الذاتية والغيرية، فإذا ما حك الطفل عنصر الاندفاع فإنه ينقل العامل الممرض ويلقح به نفسه أو غيره.

العلاج:

يكفي لشفاء هذه الإصابة قلع عناصرها بملقط معقم ثم تطلى بالكحول اليودي، كما وتعالج بالكي الكهربائي أو بالثلج الفحمي.

منظار المعدة Upper GI Endoscopy:

يقصد بمنظار المعدة Upper GI Endoscopy هو تلك التقنية الخاصة للنظر داخل جزء من الجسم وهو الجزء العلوي من الجهاز الهضمي ككل ويتضمن كل من المريء المؤدي إلى المعدة، المتصلة بالإثني عشر بداية الأمعاء الدقيقة، حيث يعمل المريء على نقل الطعام من الفم إلى المعدة لبدأ عملية الهضم ومنها إلى الإثني عشر.

ويقوم بإجراء منظار المعدة أخصائيو الجهاز الهضمي وأطباء متخصصون ومؤهلون في التشخيص الدقيق حيث يستخدم المنظار للتشخيص، ومعالجة أمراض ومشكلات الجهاز الهضمي في بعض الحالات، والمنظار هو عبارة عن أنبوب طويل مرن غير سميك مزود بإضاءة و كاميرا صغيرة في نهايته يستطيع الطبيب المعالج توجيهه بحذر لفحص النسيج الداخلي للجهاز الهضمي العلوي وذلك بعد ضبط كافة أجهزة التحكم الأخرى المتعلقة به، وتعرض الصورة التي تمتاز بكفاءة عالية على شاشة التلفاز معطيةً بذلك رؤية واضحة وتفصيلية عن المرض، وفي كثير من الحالات يعتبر منظار المعدة أدق من الأشعة السينية ويعد ذو فائدة كبرى في تشخيص وتقييم مشكلات مختلفة كآلام البلع وصعوبة البلع، أو آلام المعدة والبطن، والنزيف والقرح وكذلك الأورام.

التحضير لمنظار المعدة:

بغض النظر عن السبب الذي استدعى إلى إجراء الفحص بالمنظار هناك خطوات هامة للتحضير يجب إتباعها قبل إجراء الفحص، وهي:

التأكد من تزويد الطبيب المعالج بقائمة كاملة بأسماء الأدوية والعقاقير المتناولة وخاصة إذا كان المريض يعاني من حساسية تجاه أدوية محددة أو أي مواد أخرى، وكذلك معرفة ما إذا كان المريض يعاني من مشكلات في القلب، أو الرئة أو الضغط أو أي وضع صحي معين يتطلب رعاية خاصة قبل وخلال، أو بعد المنظار، وهناك

تعليمات وإرشادات تحدد للمريض ما يجب وما لا يجب القيام به قبل إجراء المنظار، وأهم خطوات التحضير هي الامتناع عن تناول الأطعمة والسوائل خلال ستة إلى ثمانية ساعات قبل الفحص لأن بقايا الطعام الموجود في المعدة تعيق وتحجب الرؤيا وقد تسبب التقيؤ، ويمكن إجراء منظار المعدة في المستشفى أو في عيادة الطبيب المختص بأمراض الجهاز الهضمي.





صور للغرفة التي تتم فيها عملية المنظار تبدو فيها الأجهزة المستخدمة والمنظار

ويتم توفير كل ما يمكن أن يضمن الراحة اللازمة للمريض خلال الفحص كما يتم مراقبة وضبط الضغط، النبض، ومستوى الأوكسجين في الدم بشكل مستمر على أجهزة التحكم ويعطى المريض عقاراً مهدئاً بالوريد يعمل على استرخاءه ويشعره بالنعاس ولكنه يبقى يقظاً بما يكفي للتعاون مع الفريق الطبي، ويطلب منه الغرغرة بمادة مخدرة للبلعوم أو يقوم الطبيب باستخدام بخاخ للفم يحتوي على مخدر موضعي أيضاً وذلك كي لا يشعر بالانزعاج أثناء إدخال المنظار، كما يتم تزويده بقطعة داعمة للفم وذلك للمساعدة على إبقاء الفم في الوضعية الصحيحة أثناء الفحص.

وبعد تجهيز المريض بشكل كامل يتم وضع المنظار بدقة وحذر وأثناء تمريره ببطء يقوم الطبيب بإدخال كمية من الهواء للمساعدة على توسعة الأعضاء المجوفة للرؤية بشكل أوضح ولن يشعر المريض بأي ألم خلال الفحص ولن يتعارض المنظار مع عملية التنفس على الإطلاق، ويستخدم الطبيب المنظار للنظر عن قرب وللكشف عن أي أمراض قد تستدعي التقييم، التشخيص، أو المعالجة وقد يكون من الضروري جداً أحياناً أخذ عينة (وهي قطع من النسيج تؤخذ للفحص تحت المجهر لمزيد من التوضيح)، وفي بعض الحالات يستفاد من المنظار لمعالجة مشاكل كالنزيف الناتج عن القرح مثلاً.

المضاعفات:

وهي نادرة الحدوث وتنحصر بـــ:

١ - قد يحصل ثقب في جدار الإثني عشر والذي يتطلب تعديل جراحي.

٢ - حدوث نزيف كثيف يستدعي نقلاً للدم.



منظار المعدة

وهناك بعض المشكلات الطفيفة التي قد تستمر لفترة قليلة كالشعور بمرارة في الفم، الانتفاخ أو التشنج وهي عادةً ما تزول خلال ٢٤ ساعة أو أقل.

منعكس مريئي معدي (ترجيع) Esophageal Reflex:

يتصل المريء مع المعدة بصمام يدعى الفتحة الفؤادية (Cardiac Orifice) يكسوه طبقة مخاطية تقوم بحمايته من الأحماض المعدية، ويقوم هذا الصمام في الحالات الطبيعية بمنع رجوع محتويات المعدة الحامضية إلى المريء (الترجيع) ولكن في حالات مرضية معينة يصاب هذا الصمام بخلل وظيفي مما يجعل محتويات المعدة الحامضية تعود إلى المريء. (أنظر أيضاً ارتجاع حامض المعدة (حُرقة الفؤاد) (Gastroesophageal Reflux Disease

المسببات:

١- فتق الحجاب الحاجز (Hiatus Hernia).

٢- زيادة الضغط داخل البطن.

٣- ضعف صمام الفتحة الفؤادية .

أعراض المرض:

- حدوث حرقة وحموضة في منطقة الصدر.
- الغثيان والتقيؤ أحياناً.

المضاعفات:

١- التهاب في بطانة المريء (Esophagitis).

٢- انكماش المريء (قصر المريء).

٣- حدوث فتق مريئي (Oesophagocele) بسبب قصر المريء.

٤- حدوث القرحة المريئية (Esophageal Ulcer).

التشخيص:

يتم تشخيص هذه الحالة من خلال:

- العلامات والأعراض التي يشكو منها المريض.
- الفحص السريري للمريض.

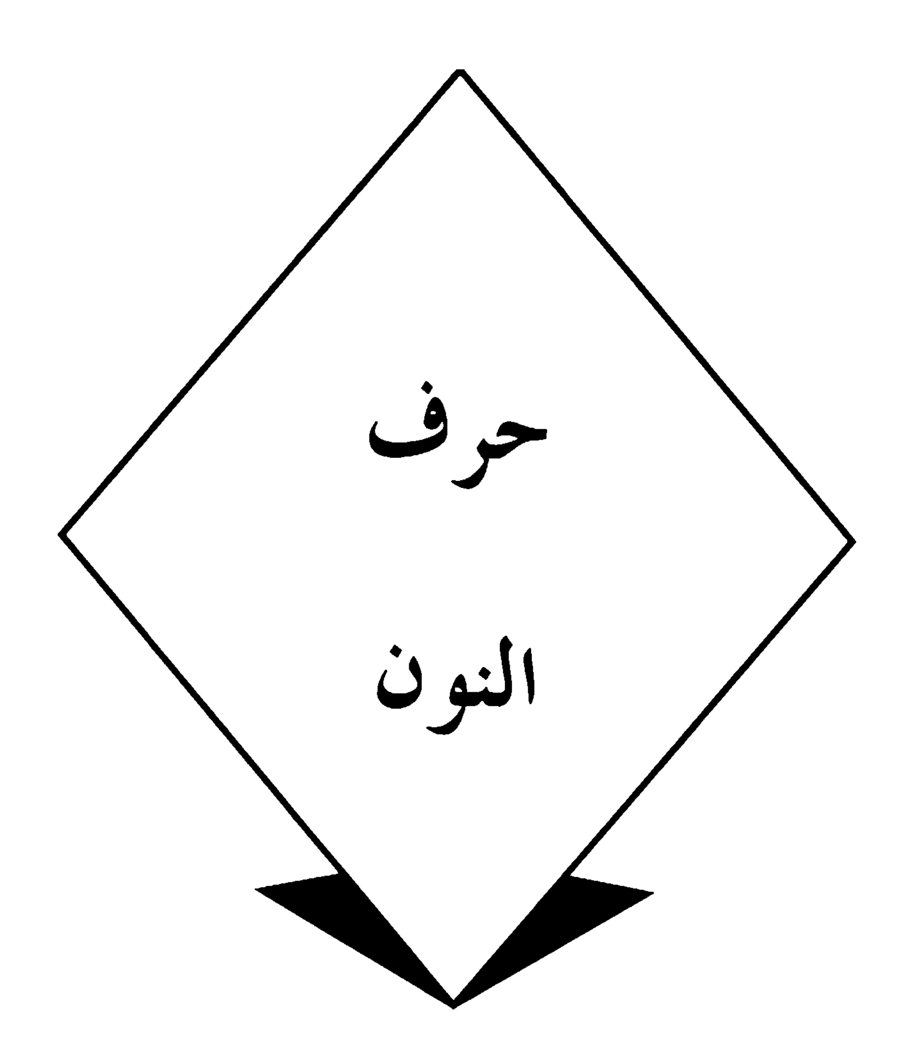
- إجراء الفحص بواسطة تنظير المريء (Esophagoscopy).
- إجراء الفحص بالأشعة السينية (X Ray) .

العلاج:

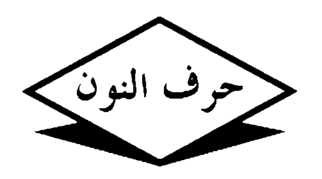
١- يجب تشخيص السبب ومعالجته.

٢- إعطاء المريض الأدوية المضادة للحموضة (Anti Acid Drugs) التي تعمل على تقليل حامضية السوائل المعدية ما يخفف من حدوث الحرقة والتقرحات.

٣- قد يحتاج المريض للتداخل الجراحي في علاج حالات الفتق الحجابي.



حرف
النون



ناسور Fistula:

يتسبب عن وجود التهاب مزمن متقيح داخل الأنسجة أو الأعضاء، والناسور هو طريق أو مسلك يمتد داخل الجسم لمسافات مختلفة، ويتصل دائماً بخارج الجسم وبواسطة فتحة على الجلد أو الأغشية المخاطية، ويتصل من الجهة الأخرى بداخل أحد الأعضاء.

ويجب التفرقة بين الناسور والجيب، فالجيب هو تجويف أو مسالك داخل الجسم، وله فتحة خارجية واحدة وينتهي آخره داخل الجسم انتهاء عشوائي.

وأكثر الأعضاء تعرضاً لنشوء النواسير فيها هي الشرج والمثانة والأمعاء.

ناسور شرجي Anisyrinx:

هو حدوث فتحة صغيرة بجوار فتحة الشرج تخرج منها إفرازات بشكل مستمر أو متقطع، وقد تكون أكثر من فتحة مما يسبب مضايقات شديدة، وأحياناً تغلق هذه الفتحة فيتكون بداخلها خراج بجوار فتحة الشرج، ويحدث الناسور في كلا الجنسين على حد سواء.

أعراض المرض:

تظهر أعراض الالتهابات في هذه المنطقة وتكون مصحوبة بآلام شديدة وإمساك حاد.

المسببات:

يعود السبب الرئيسي في حدوث الناسور الشرجي إلى إهمال علاج خراج حول فتحة الشرج مما يتسبب عن ذلك حدوث فتحة لهذا الخراج داخل المستقيم وعلى الجلد من الخارج، فيتكون هناك ممر يوصل ما بين الجلد حول فتحة الشرج والمستقيم، ويمكن تجنب حدوث الناسور الشرجي في هذه الحالة بعد استشارة الطبيب الذي يقوم بفتح الخراج وتنظيفه مبكراً فتمنع اتصاله بالمستقيم وتكوين الناسور.

الأنواع:

١- **النوع المنخفض:** تكون فتحته الداخلية المتصلة بالمستقيم أسفل العضلة القابضة للمستقيم وفتحة الشرج، ويقع تحت الجلد مباشرة أو بين العضلات، وبذلك يكون موقعه أمام فتحة الشرج (يكون الممر الموصل بين الجلد والمستقيم خطاً مستقيماً بين الاثنين)، أو قد يكون موقعه خلف فتحة الشرج (يكون على هيأة حدوة الحصان).

٢- **النوع المرتفع:** تكون فتحته الداخلية في المستقيم أعلى من مستوى العضلة القابضة للمستقيم وفتحة الشرج، وقد يمتد أحياناً في الحوض ليفتح في القولون ويكون أحياناً مصحوباً بخراج داخلي في الحوض.

المضاعفات:

يؤدي إهمال علاج الناسور الشرجي إلى تكرار تجمع الخراجات التي تفتح إلى الخارج بعد ذلك، وبدلاً من أن يوجد ناسور واحد تتعدد الفتحات وتزداد الحالة سوءاً مما يجعل العلاج أكثر صعوبةً.

العلاج:

يتم علاج هذه الحالة جراحياً.

ناسور عصعصي Coccygeal Fistula:

هو عيب خلقي يولد مع المريض ويكون على هيئة فتحة صغيرة تقع أسفل منطقة العصعص لذلك سمي الناسور العصعصي، وقد تسد هذه الفتحة فيشكو المريض من حدوث ورم في هذا المكان وقد يتكون خراج فيحتاج إلى الفتح والتنظيف، ويتم علاج هذا النوع بالجراحة حيث يستأصل هذا الناسور تماماً بكل تفرعاته الجانبية.

نخالة وردية Pityriasis Rosea:

وهو من الأمراض الجلدية غير المعدية والشائعة نسبياً، وهو عبارة عن طفح جلدي يتميز ببقع (لطخ) حمراء متقشرة غير مصحوبة بأعراض تظهر على جذع الجسم (منطقة الصدر والبطن والظهر) ويشفى تلقائياً خلال (٦ –٧) أسابيع دون أن يترك أثراً ما وهو غير معاود على الإطلاق.

المسببات:

العامل المسبب غير معروف بالتحديد ولكن يعتقد بعض الباحثين بأن العامل المسبب لهذا المرض هو نوع من الحميات الراشحة (الفايروسات)، **ويكثر حدوثه في فصلي الربيع والخريف وهو أكثر شيوعاً بين الأطفال والبالغين الصغار** (الشباب).

أعراض المرض:

- **يبدأ المرض بظهور بقعة أو لوحة وحيدة تعتبر نقطة الانطلاق في الاندفاع ويسمى بالبقعة الأم أو الطليعة** (البقعة المنذرة) Herald Patch، **وهي عبارة عن بقعة وردية كبيرة معزولة ذات حدودها واضحة، وعليها وسوف نخالية دقيقة** (ذات محيط متقشر)، **وأول ما يكون ظهورها على الجذع غالباً، ويستمر ظهورها من (٢-٤) أيام أو أكثر. وبعد أيام تظهر بقع وردية صغيرة بيضاوية الشكل بأعداد كبيرة تتناثر على الجذع والعضدين والفخذين بشكل متناظر ولا تظهر هذه البقع على الوجه غالباً، وهي غير حاكة وعليها وسوف دقيقة وخاصة في المركز** (ذات محيط متقشر).
- **البقع التي على الصدر تكون موازية للأضلاع وتعطي شكل شجرة عيد الميلاد** Christmas Tree.
- **نادراً ما ينتشر الطفح على اليدين والقدمين وفروة الرأس.**
- **تختفي النخالة الوردية تلقائياً ولا تحتاج لعلاج خلال (٤-٨) أسابيع، ولكن هناك حالات تدوم أكثر.**

التشخيص:

يكون التشخيص غالباً واضح ويتم سريرياً ولا يحتاج لأي تحليل دم أو كشط أو خزعة من الجلد، ويجب التفريق بين النخالة الوردية والحالات التالية:

- النخالية المبرقشة (التهاب جلدي فطري) Pityriasis Versicolor، **وذلك بأخذ عينة كشط من الجلد وفحصها تحت المجهر للكشف عن وجود الفطريات وكذلك بالزراعة.**
- طفح جلدي دوائي (حساسية دواء) Drug Eruption، **بأخذ تاريخ مرضي مفصل ودقيق من المصاب.**

- الصدفية المنقطة Guttate Psoriasis، **يستدعي الأمر أحياناً لأخذ عينة خزعة Biopsy للتأكد من التشخيص.**
- زهري ثانوي Secondary Syphilis، **بإجراء تحليل دم.**

العلاج:

- **تشفى النخالية الوردية تلقائياً في أغلب الحالات دون علاج، أما إذا كانت مصحوبة بالحكة التي قد يشكو منها بعض المرضى فيتم علاج هذه الحالة بمحلول الكلامين ١-٢% أو دهان Calamine Lotion or cream، وكذلك حبوب مضادات الهيستامين Anti-Histamines إذا كانت الحكة شديدة.**
- **الكورتيزونات الموضعية على شكل دهان غير ضرورية إذ أنها لا تقصر من عمر الطفح وغير مجدية وكذلك الكورتيزونات الجهازية** (عن طريق الفم أو العضل أو الوريد).

نخالية مبرقشة Pityriasis Versicolor :

وهي من الأمراض الفطرية السطحية (Superficial Mycosis) تسببها فطريات دقيقة البذور النخالية وتتكاثر هذه الفطريات على سطح الجلد مؤدية إلى ظهور بقع ذات لون بني يشبه لون القهوة بحليب أو لون وردي مصفر، **ويظهر عليها بعض الوسوف الناعمة، وتكون حدودها واضحة، ومتسعة من محيطها، وتتصل ببعضها** لتشكل سطوحاً واسعة.

ولا تترافق هذه الإصابة بحكة أو أي أعراض التهابية، **وتقع غالباً على الجذع وأعلى الطرفين العلويين، واحتمال العدوى فيها قليل، ولابد من وجود الاستعداد لتقبلها وهو أن يكون الشخص مصاب بفرط التعرق.**

العلاج:

يتم علاج هذه الإصابة بالكحول اليودي أو الكحول الصفصافي بتركيز (٥%) أو بالمراهم المضادات للفطريات الحديثة.

الوقاية:

تكون الوقاية بالمحافظة على النظافة الشخصية، ومكافحة التعرق وذلك

باستعمال المساحيق المجففة للتعرق والمساحيق المضادة للفطريات والصابون الطبي المضاد للفطريات.

نخرة جافة Avascular Necrosis:

هي تماوت العظم بسبب اضطراب في التروية الدموية، وتعتبر هذه الحالة كاختلاط هام وخطير لبعض الكسور، ولا يوجد مجال للشك بأنه في العديد من الكسور المشظاة (Comminuted Fractures) تنفصل بعض القطع العظمية تماماً عن الأنسجة المحيطة وتفقد ترويتها الدموية فإذا كانت هذه القطع المنفصلة صغيرة فإن الشفاء يحدث عادة بدون مشاكل، أما إذا كانت القطع كبيرة ففي هذه الحالة قد يتأخر التحام الكسر ويكون من الصعب معرفة ما إذا كان تأخر الالتحام قد حدث بسبب نقص التروية الدموية أم بسبب نقص التثبيت الذي يرافق عادة الكسور المشظاة.

وتأتي أهمية النخرة الجافة من أن العظم المصاب يصبح رخواً ومشوهاً بالشكل مما يؤدي إلى حدوث الألم والقساوة والتهاب المفاصل التنكسي الثانوي.

ندبات Scars:

تحدث بعد التئام التقرحات العميقة وبعد شفاء الدرنات أو الجروح، وهذه الندبات إما أن تكون تضخمية أو ضمورية.

نزف Haemorrhage:

هو خروج الدم من داخل الوعاء الدموي إلى خارجه نتيجة لإصابة مباشرة أو غير مباشرة، ويحدث عندما يكون هناك جرح في الشرايين أو الأوردة أو الشعيرات.

الأنواع:

يصنف النزف إلى:

أ- أنواع النزيف حسب زمن الحدوث:

- النزف الأولي (الابتدائي) (Prinary Haemorrhage): يحدث هذا النوع من النزف مباشرة بعد حدوث الإصابة.
- النزف الثانوي (الارتكاسي): يحدث هذا النوع بعد مرور (٧-١٤) يوم من الإصابة ويكون سببه غالباً سقوط الخيوط الجراحية.

- النزف المتأخر: يحدث بعد مرور ١٤ يوم وسببه سقوط الغرز الجراحية.

ب- أنواع النزف حسب الموقع:

- النزيف الخارجي: هو خروج الدم إلى خارج الجسم.
- النزف الداخلي: هو خروج الدم من الوعاء وانصبابه في التجاويف الداخلية للجسم، أو ارتشاحه في الأنسجة ويدل على هذا النوع من النسيج ظهور أعراض الصدمة.
- النزف في الجلد: هو خروج الدم من الأوعية الدموية واحتباسه تحت الجلد فيحدث للدم عدة تغييرات في اللون من الأزرق إلى البني، وتسمى بقع الدم الكبيرة في الجسم الكدمات، بينما تسمى بقعة النزف التي في حجم رأس الدبوس الحبر.

ج- أنواع النزف حسب الوعاء النازف:

- النزف الشرياني: يكون لون الدم أحمر فاتح ويخرج متدفقاً تحت ضغط كبير (بشكل نبضات).
- النزف الوريدي: يكون لون الدم غامق ويخرج معتدلاً حيث يكون الضغط خفيفاً.
- النزف الشعيري: يرشح الدم من الشعيرات فيكون بشكل نقاط دموية قليلة الغزارة.

المسببات:

للنزف أسباب النزيف عديدة منها:

١- أسباب ميكانيكية:

كما يحدث في حالة الإصابة بالجروح والكسور والرضوض، حيث تؤدي هذه الحالات إلى حدوث نزف خارجي أو داخلي حسب نوع الأداة المسببة للجرح.

٢- أسباب مرضية:

- ارتفاع ضغط الدم الشرياني الحاد.
- الهيموفيليا (الناعور): الذي ينتج عن نقص العامل الثامن في الدم.
- القرحات المعدية والأمراض الالتهابية الأخرى (البواسير).

- **الأورام.**
- الأمراض المزمنة: **كما في حالة التدرن الرئوي، والإصابة بالأمراض الطفيلية كالبلهارزيا.**
- **نقص فيتامين** K.

الأعراض:

هي أعراض فقدان سوائل الجسم وبالتالي فهي أعراض حدوث الصدمة في حالة فقدان كمية كبيرة من الدم وأعراض الصدمة هي:

- **هبوط الضغط الشرياني.**
- **ضعف النبض وتسارعه.**
- **ازدياد معدل التنفس** (التنفس الجهدي).
- **شحوب الوجه واصفراره.**
- **تعرق الجسم وبرودة الأطراف.**
- **حدوث فقر الدم عندما يكون فقدان الدم أكبر من إنتاج الدم الجديد بواسطة نخاع العظام.**

التشخيص:

يجب إجراء الفحوصات لكل مريض مصاب بالنزف الغزير وتشمل هذه الفحوصات ما يلي:

- **تعداد الدم الكامل** (C.B.C).
- **زمن التخثر.**
- **زمن البروثرومبين.**

العلاج:

١- يوقف النزف عادة بخثرة أو جلطة في وعاء دموي وتقفل الجلطة الوعاء الدموي وتمنع جريان الدم وتجلط الدم يعد واحدا من المهام الوقائية الحيوية للجسم، **أما في حالات النزف الوعائي الخارجي فيتسبب النزف الشديد من الشريان في خطر شديد على الحياة ويتم إيقاف النزف حسب الوعاء الدموي النازف** فإذا كان:

- النزف شرياني: يتم الضغط بين الشريان المصاب والقلب، فعلى من يقوم بالإسعاف الأولي أن يضغط على الشريان في نقطة قريبة من الجرح وعلى الجانب الأقرب إلى القلب، وعندما يكون موضع النزف في الذراع أو الساق فمن الممكن أن يضغط الشريان على العظم خلفه وتسمى الأماكن التي يمكن أن يتم عليها الضغط نقاط الضغط، فإذا تم الضغط بطريقة محكمة فإن النزف يقف في الحال، وتستخدم ضمادة محكمة، ثم يخفف الضغط تدريجياً بعد أن تتكون الجلطة، وتتكون الجلطة سريعاً إذا أحكم ربط الشاش المعقم على الجرح، وإذا استمر النزف أو في حالات النزف الشديد يجب طلب الخبرة الطبية للمساعدة فوراً، وفي حالات النزف الخفيف فإن الضغط يتم بلف الشريط المعقم أو الإمساك به على الجرح، وهذا الإجراء يؤدي إلى توقف رشح الدم عادة، ويمكن ضغط الأوردة الصغيرة القريبة من سطح الجسم على جانب الجرح الذي يرشح منه الدم.
- النزف وريدي: يتم الضغط بين الوريد المصاب والمحيط.
- النزف شعيري: يتم الضغط مباشرة على مكان النزف.

٢- تعويض الدم المفقود والسوائل من خلال إعطاء المريض الدم والسوائل عن طريق الوريد.

٣- العناية العامة.

نزف الجهاز الهضمي Bleeding Gastrointestinal:

النزف الدموي الذي يحدث في الجهاز الهضمي هو عرض وليس مرض، فالنزف يحدث نتيجة أسباب عديدة ومختلفة، وكثير من هذه الأسباب لا تهدد الحياة مباشرة، وأشهر هذه الأسباب هي نزف البواسير (Hemorrhoid) والذي يمكن السيطرة عليه عادة بسهولة، ويهتم الأطباء في تشخيص سبب النزف حتى يمكن السيطرة عليه وتفاديه مستقبلاً.

ويحدث النزف في الجهاز الهضمي لأسباب متعددة في الأجزاء المختلفة من الجهاز الهضمي فمثلا قرحة المعدة والإثني عشر قد تكون السبب، أو قد تكون الالتهابات

المختلفة في بطانة القولون في النزف، كما أنه من المتعارف عليه أن يكون النزف بطيء ومزمن فلا يشعر به المريض، وينتج عن ذلك فقر الدم وأعراضه المختلفة، وفي هذه الحالة يعطي فحص الخروج مؤشرات إيجابية لوجود الدم في الخروج.

المسببات:

١- نزف المريء:

تعتبر حموضة المعدة أحد أهم أسباب التقرحات في نهاية المريء، وينتج عن ضعف العضلة بين المريء والمعدة تسرب المواد الحامضية (إفرازات المعدة) والتي من شأنها أن تسبب التهابات وتقرح وجروح ونزف في نهاية المريء، كما ينتج نزف المريء من وجود تضخم في الأوردة والتي تدل على ارتفاع الضغط في الوريد البابي الناتج عن تليف الكبد، وينتج عن هذا نزف شديد وخطر على حياة المريض إذا لم يتم العلاج بصورة سريعة.

ويعتبر تليف الكبد من أشهر أسباب النزف التي تصيب المريء، وكما ينتج نزف المريء عن جرح في نهاية المريء بسبب التقيؤ بقوة ويعرف بـ (Mallory-weiss tear) نسبة إلى الطبيبين اللذان وصفا هذه الحالة، فإن هذا الجرح يحدث نتيجة لارتفاع الضغط في البطن أثناء عملية الوضع.

٢- نزف المعدة:

تعتبر أمراض المعدة أحد الأسباب التي تؤدي إلى النزف في الجهاز الهضمي، وأشهر هذه الأسباب هي:

- تناول الكحول.
- تناول مادة الأسبرين والأدوية الحاوية على مادة الأسبرين، والأدوية المستعملة في آلام المفاصل، إذ تسبب هذه المواد قرح المعدة الحادة والتي من المحتمل أن تنزف بشدة.
- تحدث هذه الجروح والتقرحات نتيجة الحروق الحادة.
- حالات الهبوط الدموي العام المعروفة بالصدمة (Shock).
- إصابات الدماغ الحادة.

- السرطانات.
- الحالات التي تتعرض لعمليات جراحية طويلة ومعقدة.
- الأورام الحميدة والخبيثة في المعدة.

٣- قرحة الإثني عشر:

يعتقد كثير من الباحثين بأن هذه القرح نتيجة ارتفاع إفرازات المعدة والالتهابات بنوع معين من البكتيريا المعروفة بـــ (Helicobacter Pylori).

٤- البواسير:

تعتبر البواسير من أشهر الأسباب للنزف في الجهاز الهضمي السفلي (القولون والمستقيم)، والبواسير عبارة عن تضخم الأوردة في نهاية المستقيم وتنزف هذه الأوردة نتيجة ارتفاع الضغط في هذه الأوردة، ويهتم الأطباء في فحص هؤلاء المرضى للتأكد من عدم وجود أسباب أخرى للنزيف.

٥- الزوائد اللحمية الحميدة:

تعتبر هذه الحالة منتشرة وخاصة في البلاد الغربية ويعتقد كثير من العلماء أن هذه الزوائد تتطور إلى سرطانات القولون بعد فترات من الزمن قد تصل إلى عشر سنوات، وقد تظهر على شكل دم في الخروج أو أنها تكتشف عن طريق الصدفة.

٦- سرطان القولون:

يعتبر ثاني أشهر أنواع السرطانات في الولايات المتحدة، والذي يتسبب عنه نزف الجهاز الهضمي.

٧- التهابات القولون البكتيرية المتعددة:

تظهر على شكل نزف دموي من الجهاز الهضمي السفلي (القولون) وتكون هذه الالتهابات ناتجة عن أنواع مختلفة من البكتيريا.

٨- مرض التهاب القولون التقرحي:

يظهر على شكل تكرر مرات التبرز التي تكون مصحوبة بوجود دم.

٩- مرض التهاب القولون الحبيبي:

قد يظهر على شكل نزف في الجهاز الهضمي.

١٠- تكيسات القولون:

تعتبر من الأمراض المشهورة، وهذا يظهر على شكل نزف حاد كما يمكن أن يشتكي المريض من آلام في المنطقة السفلى من البطن.

الأعراض:

- **تغير لون الخروج إلى الأسود الداكن.**
- **تكرر عدد مرات التبرز إذا كان النزيف من المريء، المعدة، الإثني عشر.**
- **الشعور بالإرهاق.**
- **تسارع ضربات القلب.**
- **هبوط ضغط الدم.**
- **يكون البراز مخلوطاً مع الدم القاني إذا كان النزيف من المستقيم أو من الجزء الأيسر من القولون فعندها يلاحظ المريض الخروج المتكرر مع نزف المستقيم حيث يكون لون البراز مائل إلى الأحمر الداكن والأسود.**

ومن أهم الأعراض التي تصحب نزف الجزء العلوي من الأمعاء فهي:

التقيؤ الدموي إذا كان النزيف حاد من المريء، **أما إذا كان النزف من المعدة أو الإثني عشر فيكون التقيؤ ذا لون يميل إلى لون البن الأسود.**

وفي جميع هذه الحالات ينصح المريض بالتوجه الفوري إلى الطبيب المختص، **الذي غالباً ما يقوم بإدخال المريض إلى المستشفى لعمل التحاليل المختلفة التي من شأنها تحديد سبب النزف ومكانه، وحجم النزف الذي تعرض له المريض، وعلى ضوء هذه التحاليل يقوم الطبيب بوصف العلاج.**

نزلات معوية في الأطفال Gastrocatarrh:

هي حالات تصيب الأطفال وخصوصاً في فصل الشتاء وكثيراً ما تؤدي إلى الجفاف المؤدي إلى الوفاة.

أعراض المرض:

- **ضياع كميات كبيرة من السوائل في الإسهال أو التقيؤ أو الاثنين معاً.**
- **العطش الشديد.**

- **خمول الطفل أو تهيجه.**
- **برودة الأطراف وفرط التعرق.**
- **تسرع التنفس.**
- **نقص مرونة الجلد بحيث لا يعود إلى وضعه السابق بعد قرصه.**
- **جفاف الأغشية المخاطية مثل جوف الفم والحلق.**

نقرس وفرط حامض اليوريك في الدم Hyperuricaemia Gout and:

هو التهاب مفصلي ببلورات اليوريات Crystals Urate **المصاحب لارتفاع مستوى حامض اليوريك** Uric Acid **في الدم** Hyperuricaemia **والذي يسمى فرط حامض اليوريك في الدم، وهو نوع رئيسي من أنواع التهاب المفاصل بالبلورات** .Crystal Arthritis

وتزداد نسبة الإصابة بالنقرس في الوقت الحاضر وخاصة في الدول النامية، **ويصيب الرجال أكثر من النساء بمعدل (١٠:١)، ونادراً ما يصيب الأشخاص صغار السن قبل سن البلوغ** (يدل في هذه الحالة على خلل وراثي في أنزيمات معينة)، **ونادراً ما يصيب النقرس النساء في سن اليأس، ويشيع فرط حامض اليوريك في الدم في أعراق معينة، مثل الشعب الماوري** (شعب بيوزيلنده الأصلي)، **ويبدأ مستوى حامض اليوريك في الصعود بعد سن البلوغ، ومستواه الطبيعي في الرجال أعلى منه في النساء.**

في حالات فرط حامض اليوريك في الدم يكون مستوى حامض اليوريك في الدم	
الرجال	٤٢٠ مايكرومول / لتر دم
النساء	٣٦٠ مايكرومول / لتر دم

ومعظم المصابين بفرط حامض اليوريك في الدم لا يشتكون من أي أعراض، ويرتفع مستوى حامض اليوريك في الدم مع:

- **التقدم في السن.**
- **السمنة.**

- الإفراط في تناول البروتينات.
- الإفراط في شرب الكحول.
- مرض السكري.
- ارتفاع الدهون في الدم.
- نقص التروية القلبية.
- ارتفاع ضغط الدم.
- وجود تاريخ عائلي بالإصابة بفرط حامض اليوريك في الدم.

ولا يوجد في الكثير من المصابين بالنقرس سبب واضح للإصابة، ولكن يكون لديهم زيادة في إنتاج حامض اليوريك في الجسم وقصور في طرحه خارج الجسم، وفرط حامض اليوريك في الدم هو حجر الأساس أو العامل الأساسي في حدوث التهاب المفصل ببلورات اليوريات (النقرس).

ويعتمد مستوى حامض اليوريك في الدم على التوازن ما بين تصنيع البيورينات Purine Synthesis وتناول البيورينات في الغذاء وطرح اليوريات خارج الجسم عن طريق الكلية والأمعاء، ويبلغ حجم حوض اليوريات في الجسم ١٠٠٠ ملغم و٦٠% منه يتم بها العمليات المختلفة مثل التصنيع و الطرح يومياً (يستقلب).

المسببات:

١- قصور طرح حامض اليوريك خارج الجسم:

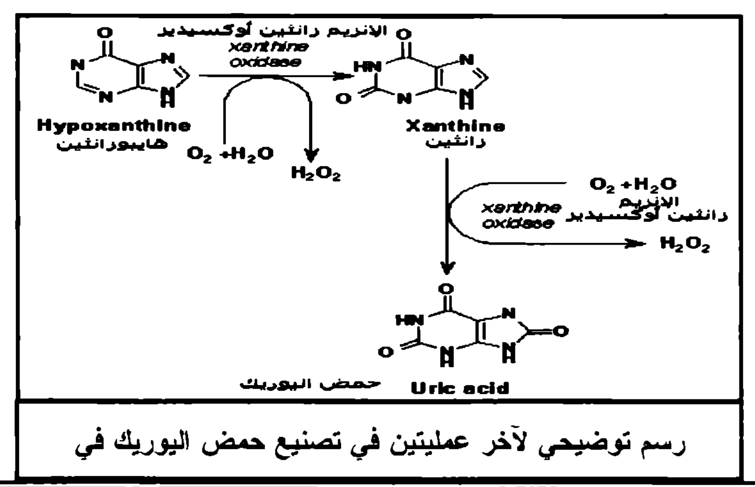
- الإصابة بالفشل الكلوي المزمن (قصور الكلية المزمن) Chronic Renal Failure.
- التأثيرات الجانبية لبعض الأدوية مثل مدررات البول الثيازايدز Thiazides Diuretics، والجرعات المنخفضة من الأسبرين.
- ارتفاع ضغط الدم.
- التسمم بالرصاص Lead Toxicity.
- فرط الغدة جار الدرقية الأساسي Primary Hyperparathyroidism.
- قصور الغدة الدرقية Hypothyroidism.

- زيادة إنتاج حامض اللاكتيك Lactic Acid نتيجة لفرط شرب الكحول، الرياضة، المجاعة.
- نقص الخميرة كلوكوز ٦ فوسفيت ديهايدروجينيز G٦PD Deficiency.

٢- زيادة إنتاج حامض اليوريك في الجسم:

- زيادة إنتاج البيورينات في الجسم: غالباً ما تكون أمراض وراثية يكون فيها خلل في إنزيمات معينة تتدخل في تصنيع البيورينات في الجسم، وهي إما أن تكون قاصرة في عملها أو مفرطة في عملها.
- زيادة في استقلاب حامض اليوريك نتيجة زيادة في تكاثر غير طبيعي ومحدود لخلايا في الجسم، مثل فرط التنمي النقوي ومنها احمرار الدم الحقيقي Polycythemia Vera Myeloproliferative وفرط التنمي الليمفاوي Lymphoproliferative ومنها اللوكيميا Leukaemia والمرض الجلدي الصدفية Psoriasis وذلك لأن هذه الخلايا عددها يتزايد باستمرار وموتها يسبب زيادة في حامض اليوريك من جراء تحلل البيورينات الموجودة فيها.

وحامض اليوريك هو المنتج النهائي لتحطيم البيورينات في الجسم، وتشمل آخر عمليتين في تحطيم البيورينات تحويل هايبوزانثين Hypoxanthine إلى زانثين Xanthine وبعدها تحويل زانثين إلى حامض اليوريك Uric Acid، ويتدخل في هاتين العمليتين الإنزيم (خميرة) زانثين أوكسيديز Xanthine Oxidase وعمل الإنزيم ضروري لإتمام العمليتين.



رسم توضيحي لآخر عمليتين في تصنيع حمض اليوريك في

ويترشح حامض اليوريك كلياً عبر كبيبات الكلى، ثم يـتم إعـادة امتـصاصه بنسبة ٩٨-١٠٠% في الأنبوب الملتوي الداني، ويتم طرح ٥٠% منه في البول عبـر الأنبوب الملتوي القاصي.

أعراض المرض:

يؤدي فرط حامض اليوريك في الدم إلى أربعة متلازمات سريرية وهي:

١- الالتهاب الزليلي الحاد باليوريات **Acute Urate Synovitis** (النقرس الحاد): يحدث النقرس الحاد بشكل نموذجي في الرجال متوسطي الأعمار، ويكون على شكل نوبة حادة ومفاجأة لألم شديد ومبرح وتورم واحمرار للمفصل الأول لإبهام القدم، ويمكن أن تحدث نوبة النقرس الحادة في أي وقت، ولكن يمكن أن تحدث بعد الإفراط في الأكل أو شرب الكحول أو الجفاف أو البدء بأخذ الأدوية المدررة، وتدوم النوبة الحادة بدون علاج حوالي ٧ أيام، ويصاحب الشفاء من النوبة تقشر للجلد فوق مفصل الإبهام الملتهب، وتحدث ٢٥% من نوبات النقرس الحاد في مفصل غير مفصل الإبهام الأول، ويجب تمييز النقرس الحاد عن التهاب المفصل الجرثومي الحاد، حيث أنهما يعطيان نفس الأعراض، ولكن وجود مستوى عال لحامض اليوريك في الدم أو تاريخ عائلي بالنقرس أو تاريخ سابق بالنقرس يسهل التشخيص.

٢- التهاب المفاصل المتعدد المزمن باليوريات **Chronic Polyarticular Gout** (النقرس المزمن الذي يصيب مفاصل عدة في الجسم): وهو غير شائع ويصيب كبار السن، والذين يتناولون المدررات لفترات طويلة، وكذلك في حالات الفشل الكلوي المزمن وفي الأشخاص الذين تناولوا علاج للنقرس (ألوبيورينول Allopurinol) بعد فترة وجيزة من بدء النقرس.

٣- النقرس التوفوسي المزمن **Chronic Tophaceous Gout** (نقرس مزمن يتميز بتكون حويصلات من بلورات اليوريات تحت الجلد): يحدث في الأشخاص الذين لديهم مستويات عالية من حامض اليوريك في الدم، ويتميز بترسب حبيبات دقيقة من صوديوم اليوريات Sodium Urate في الجلد وحول

المفاصل، ويمكن أن تتكون في صيوان الأذن وأصابع اليدين، وقد تتقرح هذه الحبات الكبيرة من الترسبات في الجلد ويكون شكلها مشوه، ويشتكي المصاب بالنقرس التوفوسي المزمن من ألم مفاصل مزمن يتخلله أحياناً نوبات نقرس حاد، ويحدث النقرس التوفوسي في المصابين بمرض الفشل الكلوي المزمن والمستخدمين للمدررات لفترات طويلة، ويصاحب النقرس التوفوسي المزمن أحياناً مرض اعتلال الكلية اليورياتي المزمن Chronic Urate Nephropathy أو تكوين حصيات الكلية.

٣- صيات اليوريات الكلوية **Urate Renal Stones**.

التشخيص:

١- عادة يكون التشخيص واضح سريرياً، وتستجيب الحالة وتتحسن باستخدام الأدوية المضادة للالتهاب غير الاستيرودية Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID).

٢- فحص السائل المفصلي (سائل من المفصل الملتهب) تحت المجهر Joint Fluid Microscopy، وهو الفحص التشخيصي والنوعي المحدد للتشخيص ولكنه صعب التنفيذ.

٣- مستوى اليوريات (حامض اليوريك) في الدم Serum uric Acid Level: يكون مستوى حامض اليوريك في الدم عادة أكثر من ٦٠٠ ملي مول/لتر دم أثناء نوبة النقرس وإذا لم يكن كذلك يعاد فحص الدم بعد عدة أسابيع لأن مستوى اليوريات في الدم ينخفض مباشرة بعد حدوث نوبة النقرس الحادة.

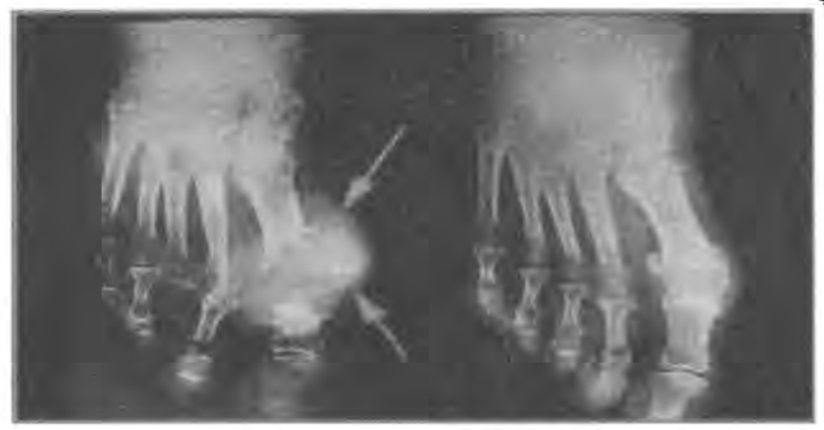
٤- لا تحدث نوبات نقرس حاد أبداً عندما يكون مستوى اليوريات يقع في النصف المنخفض من المعدل الطبيعي لليوريات في الدم.

المعدل الطبيعي لمستوى حمض اليوريك في الدم:

- **في الرجال:** ١٥٠-٤٢٠ مايكرومول لتر دم
- **في النساء:** ١٥٠-٣٨٠ مايكرومول/لتر دم

٤- مستوى اليوريا في الدم **Serum Urea Level** ومستوى الكرياتينين في الدم

Serum Creatinie Level واللذان يكون مستواهما مرتفعاً في حالات الفشل الكلوي.



صورة لأشعة قدم مصاب بالنقرس تظهر ترسب بلورات اليوريات وتحطم المفصل (الأسهم)

العلاج:

١- يعطى المريض في نوبة النقرس الحاد:

- **نابروكسين Naproxen بجرعة ٧٥٠ ملغم حالاً وبعدها ٥٠٠ ملغم كل (٨-١٢) ساعة.**
- **دايكلوفيناك Diclofenac بجرعة (٧٥-١٠٠) ملغم حالاً وبعدها ٥٠ ملغم كل** (٦-٨) ساعات.
- **إندوميثازين Indomethacin بجرعة ٧٥ ملغم حالاً وبعدها ٥٠ ملغم كل** (٦-٨) ساعات.

ثم تخفض الجرعة بعد (٢٤-٤٨) ساعة **ويستمر العلاج لمدة أسبوع.**

ولا توصف هذه الأدوية للأشخاص الذين لديهم فشل كلوي أو قرحة المعدة، وإنما تعوض بالأدوية التالية:

- **كولجيسين Colchicine بجرعة** ١ ملغم **حالاً وبعدها** ٠,٥ ملغم **كل** (٦-١٢) **ساعة** (يمكن أن يسبب إسهال).

- حقن الكورتيزون بالعضل أو في المفصل الملتهب مثل ميثايل بريدنوسولون طويل الأمد Depot Methylprednisolone.

٢- العلاج بالأكل:

بما أن النوبات الحادة للنقرس تحدث على فترات زمنية طويلة جداً تصل إلى عدة أشهر أو سنوات، فيجب على المصاب أن يراعي طعامه ويتبع التعليمات التالية:

- التوقف عن تناول الكحول.
- اتباع حمية قليلة السعرات الحرارية ومنخفضة المحتوى بالكوليسترول.
- الامتناع عن بعض أنواع الأسماك وعن أكل القواقع والمحار والسبانغ لمحتواها العالي بالبيورينات.
- يمكن أن يؤدي إتباع النظام الغذائي إلى خفض مستوى حامض اليوريك في الدم بنسبة ١٥% وتأخر استعمال الأدوية الخافضة لليوريات.

٣- الأدوية الخافضة لحامض اليوريك في الدم:

- لا يجب تناولها خلال شهر من بدء نوبة النقرس الحاد، وعند استخدامها يجب أن تكون تحت غطاء حماية باستخدام الأدوية المضادة للالتهاب حيث تعطى بـ (٢-٤) أسابيع قبل بدء استخدام الأدوية الخافضة لليوريات وبعد البدء باستخدامها لمدة ٤ أسابيع.
- ألوبيورينول Allopurinol بجرعة (٣٠٠-٦٠٠) ملغم يومياً، ويعمل بمنع الإنزيم زانثين أوكسيديز Xanthine Oxidase من العمل والذي يحول الزانثين إلى حامض اليوريك (حامض اليوريك غير قابل للذوبان ولكن الزانثين قابل للذوبان)، وفي حالات الفشل الكلوي يستخدم بجرعة (٥٠-١٠٠) ملغم، ويمكن أن يسبب الألوبيورينول نوبة نقرس حاد في بداية استعماله، يسبب أحياناً حساسية تظهر على شكل طفح جلدي.
- أدوية طارحة لليوريات في البول (تزيد من طرح اليوريات خارج الجسم عن طريق الكلى في البول) مثل بروبانيسيد Probenecid بجرعة (٠,٥-١) غم كل ١٢ ساعة، يستعمل للأشخاص الذين لديهم حساسية للألوبيورينول، لا يستخدم

لمرضى الفشل الكلوي أو الذين لديهم حصيات الكلية، يمكن استخدامه مع الألوبيورينول في الحالات التي يكون فيها مستوى اليوريات في الدم عالٍ جداً.

نقص الإنزيم كلوكوز-٦- فوسفيت ديهادروجينيز (أنيميا البقول)

:Glucose-٦-Phosphate Dehydrogenase (G٦PD) Deficiency

إنزيم جلوكوز- ٦ - فوسفيت ديهادروجينيز (G٦PD) هو أول إنزيم في سلسلة تفاعلات تكسير الكلوكوز-٦-فوسفيت لإنتاج الطاقة في الجسم بما فيه كريات الدم الحمراء ومن شأن هذه السلسلة كذلك أن تنتج NADPH وNADPH يوفر ذرات الهيدروجين H لاختزال الهيموغلوبين المتأكسد، وكذلك بروتينات غشاء كريات الدم الحمراء، وبالتالي الحفاظ على الهيموغلوبين بحالته الطبيعية للعمل، وكذلك حيوية غشاء الكرية الحمراء، وينتقل هذا المرض عن طريق الكروموسوم الجنسي (Sex Chromosome) بصفة متنحية (Sex linked recessive)، وتركيبة الكروموسوم الجنسي لدى الرجل الطبيعي هي XY ولدى المرأة الطبيعية XX وينتقل المرض عن طريق الكروموسوم X.

ويرمز للكروموسوم المصاب بالرمز 'X ، وعادة ما تكون الأنثى حاملة للمرض والرمز: 'XX ، والذكر مصاباً به والرمز: 'XY وذلك لأن للذكر كرموسوم X واحد فإذا كان هذا الكروموسوم مصاباً تظهر أعراض المرض، أما الأنثى فلها أثنان من كروموسومات X ، فإذا كان أحدهما مصاباً تكون حاملة للمرض أو تكون الأعراض خفيفة جداً، وإذا كان الاثنان مصابان فتظهر عليها أعراض المرض.

التشخيص:

يتم تشخيص المرض عن طريق قياس كمية الإنزيم في دم المريض (Assay Quantitative G٦PD) حيث يكون أقل من الطبيعي، أو عن طريق اختبار قدرة الاختزال لكريات الدم الحمراء بإضافة مادة مؤكسدة لعينة دم من المريض (Assay Qualitative G٦PD)، ويتم ذلك بإضافة ميثيلين بلو (Methylene navy) لعينة الدم حيث يتحول لون الدم إلى البني القاتم أما دم الشخص الطبيعي فيحتفظ بلونه الأحمر الداكن.

ويجب عمل فحص لأفراد العائلة جميعاً إذا كان أحد أفراد العائلة مصاباً بالمرض.

أعراض المرض

يمكن أن يظهر المرض بعد الولادة مباشرة على شكل يرقان الرضيع (Neonatal Jaundice).

وتأتي أعراض المرض على هيئة نوبات ناتجة عن تكسر كريات الدم الحمراء نتيجة لأي عامل مؤكسد في الدم تعرض له المريض، ومن هذه العوامل المؤكسدة:

- **البقوليات** (الفول-الباقلاء).
- **التلوثات الجرثومية** (الالتهابات البكتيرية أو الفايروسية).
- **بعض الأدوية** (مثل الأسبرين).

حيث تفوق قوة الأكسدة قوة الاختزال في الكرية الحمراء نظراً لنقص الإنزيم، ويكون المصاب بالمرض طبيعياً ما بين النوبات.

ويصاب المريض بهبوط حاد في نسبة الهيموغلوبين (فقر دم) ويرقان وتضخم في الكبد والطحال.

العلاج:

- أهم شيء هو تجنب العوامل المؤدية لحدوث نوبات التكسر مثل البقوليات والأدوية الممنوعة على المريض.
- أخذ أقراص الفوليت (Folic acid) لتجنب النقص فيه وذلك لزيادة طلب الجسم نتيجة لتكسر كريات الدم الحمراء وأهميته في إنتاجها في الجسم.
- استئصال الطحال جراحياً إذا كان متضخماً جداً (Splenectomy).

الناحية الوراثية:

يرمز للذكر الطبيعي بـــ XY، والمصاب بالمرض بالرمز X'Y ويرمز للأنثى الطبيعية بـــ XX، والحاملة للمرض بـــ X'X، والمصابة بالمرض بـــ X'X'

١- إذا تم الزواج بين ذكر طبيعي (XY) من أنثى حاملة للمرض (X'X) فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	X	Y
X'	XX'	XY'
X	XX	XY

أي أن ٥٠% من الإناث حاملات للمرض و٥٠% من الذكور مصابين بالمرض.

٢- إذا تم الزواج بين ذكر طبيعي (XY) من أنثى مصابة بالمرض (X'X') فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	X	Y
X'	XX'	XY'
X'	XX'	XY'

أي أن جميع الذكور مصابون بالمرض وجميع الإناث حاملات للمرض.

٣- إذا تم الزواج بين ذكر مصاب بالمرض (XY') من أنثى طبيعية (XX) فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	X'	Y
X	XX'	XY
X	XX'	XY

أي أن جميع الإناث حاملات للمرض والذكور طبيعيين.

٤- إذا تم الزواج بين ذكر مصاب بالمرض (XY') من أنثى حاملة للمرض (XX') فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	X'	Y
X'	X'X'	XY'
X	XX'	XY

أي أن ٥٠% من الإناث حاملات للمرض و٥٠% مصابات بالمرض، و٥٠% من الذكور مصابين بالمرض و٥٠% طبيعيين.

٥- إذا تم الزواج بين ذكر مصاب بالمرض (XY') من أنثى مصابة بالمرض (X'X') فإن الاحتمالات تكون كما يلي:

	X'	Y
X'	X'X'	XY'
X'	X'X'	XY'

أي أن جميع الإناث والذكور مصابين بالمرض.

ويتضح مما سبق أهمية التأكد من خلو الطرف الثاني في الزواج من هذه الأمراض الوراثية، خصوصاً إذا كان الطرف الأول حاملاً لها، وذلك لتجنب إنجاب أطفالاً مصابين بأنيميا البقول، مما يؤدي إلى معاناة الطفل والأبوين.

وهناك حالات تنتج من اتحاد الجينات (البصمات الوراثية) المختلفة بعضها ببعض الموروثة من الأبوين، فإذا كان الأب مثلا حاملاً للثلاسيميا والأم حاملة للمنجلية فينتج عن ذلك مرض بيتا ثلاسيميا / منجلية (Sickle/Thalassemia)، وكذلك يمكن أن يكون نفس الشخص مصاباً بنقص أنزيم G٦PD لأنه يورث عن طريق آخر وهو الكروموسوم الجنسي.

نقص التروية القلبية (الذبحة الصدرية) Ischaemic Heart Disease (Angina Pectoris):

يحدث نقص التروية القلبية عند وجود عدم توازن بين إمداد القلب بالأوكسجين والمواد المغذية الأخرى وحاجة القلب لهذه المواد، (أنظر أيضاً احتشاء العضلة القلبية والذبحة الصدرية) وينتج غالباً بسبب:

١- تضيق الشريان التاجي الناجم عن التصلب العصيدي التاجي Coronary Atherosclerosis: وهو عبارة عن تكون كتل ضمن جدار الشريان التاجي بسبب تراكم الكوليسترول والدهون.

٢- التشنج التاجي Coronary Spasm: وهو تضيق مؤقت في الشريان التاجي.

وأسباب عدم التوازن هذا هي:

أ- نقص جريان الدم التاجي Diminished Coronary Blood Flow إلى منطقة من القلب بسبب الانسداد الميكانيكي Mechanical Obstruction، وأسباب هذا الانسداد هي:

- تكون العصيدة في جدار الشرايين التاجية Atheroma Coronary Artery.
- تكون الجلطة داخل الشرايين التاجية Thrombosis Coronary Artery.
- تشنج عضلات جدار الشرايين التاجية Coronary Artery Spasm.

- صمة الشرايين التاجية Coronary Artery Embolus.
- تضيق (أو انسداد) فوهة الشريان التاجي Obstruction Coronary Ostial.
- التهاب الشريان التاجي Coronary Arteritis.

ب- نقص جريان الدم الغني بالأوكسجين للقلب، وذلك بسبب:

- فقر الدم Anaemia.
- تسمم الدم بغاز أول أوكسيد الكربون Carbon Monoxide (Poisoning (CO) والذي يؤدي إلى زيادة كاربوكسي هيموغلوبين الدمCarboxyhaemoglobulinaemia.
- انخفاض الضغط الشرياني Hypotension الذي يؤدي لانخفاض ضغط الجريان التاجي Coronary Perfusion Pressure (الضغط الذي يجعل الدم يتدفق للشرايين التاجية).
- زيادة حاجة القلب للأوكسجين بسبب زيادة النتاج القلبي Output Cardiac (وهو الدم الذي يضخه القلب إلى الشرايين خلال دقيقة واحدة)، كما في حالة فرط نشاط الغدة الدرقية Thyrotoxicosis، أو بسبب ضخامة القلب Cardiac Hypertrophy كما في حالة تضيق الصمام الأبهري Aortic Valve Stenosis وارتفاع ضغط الدم Hypertension.

العوامل المساعدة:

١- العمر Age:

يزداد معدل الإصابة بمرض الشريان التاجي مع تقدم العمر، ونادراً ما يصيب التصلب العصيدي الأطفال وصغار السن، باستثناء حالات فرط كوليسترول الدم العائلي Familial Hypercholesterolaemia والتي يكون فيها مستوى الكوليسترول (وفي بعض الحالات مع الدهون الثلاثية) في الدم مرتفع جداً لعوامل وراثية، ويظهر عادة في سن (٢٠-٣٠) سنة، ويحدث التصلب العصيدي عند كل الكهول تقريباً.

٢- الجنس Gender:

يصيب مرض الشريان التاجي الذكور أكثر من النساء قبل سن اليأس، ولكن النسبة تصبح متساوية بعد سن اليأس، ويفسر هذا بتأثير هرمون الأستروجين

Oestrogen الواقي من مرض الشريان التاجي عند النساء.

٣- لتاريخ العائلي Family History:

يلاحظ عادة إصابة أكثر من فرد في العائلة بمرض الشريان التاجي، والتاريخ العائلي مهم خاصة عند وجود أقارب من الدرجة الأولى مصابين بمرض الشريان التاجي قبل سن الخمسين سنة.

٤- التدخين Smoking:

يرتبط خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي عند الذكور مباشرة مع عدد السجائر المدخنة، ويكون هذا الارتباط أقل عند النساء ومدخني الغليون والسيجار، ويتناقص خطر التدخين بعد الإقلاع عنه حتى يصبح الخطر صفراً بعد مرور ١٠ سنوات من ذلك.

٥- الغذاء Diet:

يترافق الغذاء الغني بالدهون والفقير بالعوامل المضادة للأكسدة مثل فيتامين ج (C) وفيتامين هـ (E) مع خطر الإصابة بنقص التروية القلبية.

٦- ارتفاع الضغط الشرياني Hypertension:

يترافق ارتفاع كل من الضغط الانقباضي (ضغط الدم أثناء انقباض عضلة القلب) والضغط الانبساطي (ضغط الدم أثناء ارتخاء عضلة القلب) مع خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي وعند الجنسين.

٧- فرط دهون الدم Hyperlipidaemia:

يترافق ارتفاع كوليسترول الدم مع زيادة خطر الإصابة بعصيدة الشريان التاجي، وخاصة إذا ترافق مع نقص الكوليسترول الحميد في الدم، ويعتبر ارتفاع الدهون الثلاثية في الدم High Serum Triglyceride عامل خطورة للإصابة بمرض الشريان التاجي أيضاً، وقد أظهرت الدراسات أن علاج ارتفاع كوليسترول الدم بالأدوية ينقص معدل الوفيات وينقص ظهور إصابات جديدة في الشريان التاجي، وكذلك ينقص الحاجة لإعادة فتح الشريان التاجي سواء بالتوسيع أو الجراحة.

٨- مرض السكري Diabetes Mellitus.

٩-السمنة Obesity:

تزيد السمنة من احتمال الإصابة بمرض الشريان التاجي وخاصة السمنة المركزية (منطقة البطن).

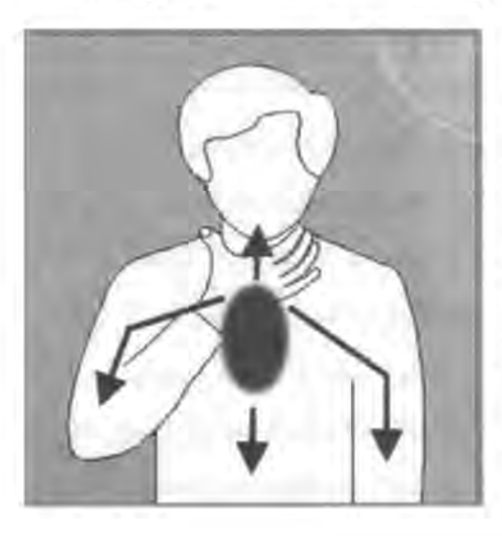
١٠- الخمول وقلة الحركة:

يزيدان من خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي، وتقلل الرياضة المنتظمة والمستمرة من هذا الخطر.

١١- وهناك الكثير من العوامل الأخرى مثل:

- العوامل العرقية.
- العوامل المادية.
- العوامل الجغرافية.
- العوامل الوراثية.
- ارتفاع مستوى الليبوبروتين أ Lipoprotein A في الدم.
- ارتفاع مستوى الفايبرونوجين Fibrinogen في الدم وعامل التجلط السابع Coagulation Factor VII.
- ارتفاع مستوى الهيموسيستاين Homocysteine في الدم.
- ارتفاع مستوى البروتين الإرتكاسي سي C - Reactive Protein في الدم.

أعراض المرض:



ألم في الصدر: يوصف الألم على شكل ثقل أو ضيق أو اختناق بمركز الصدر (وسط الصدر) خلف عظمة القص ثم ينتشر الألم أحياناً إلى الفك أو الذراعين أو معاً، وفي حالات نادرة ينتشر إلى الأسنان والظهر والبطن، ويترلوح الألم ما بين الألم الخفيف والألم الشديد الذي يمكن أن يسبب التعرق والخوف ويمكن أن يصحبه لهاث.

أنواع الذبحة الصدرية :

١- الذبحة الصدرية التقليدية أو الجهدية Angina Classical or Exertional :Pectoris

تحدث أثناء الجهد، وخاصة في البرودة وبعد الطعام، ويتفاقم الألم عادة بالغضب والاستثارة، ويزول الألم بسرعة عند الراحة (خلال دقائق) **وفي بعض الحالات يزول الألم أثناء الجهد، ويحدث الألم عادة عند بذل جهود مختلفة تختلف من حين لآخر عند معظم المرضى، ولكنه يمكن أن يكون ثابتاً عند مرضى آخرين** (نفس الجهد يسبب الألم في كل مرة).

٢- ذبحة الاضطجاع Decubitus Angina:

تحدث عند استلقاء المريض وتترافق عادة مع سوء وظيفة البطين الأيسر Ventricular Dysfunction Left **الناجم عن مرض الشريان التاجي.**

٣- الذبحة الصدرية الليلية Nocturnal Angina:

تحدث ليلاً وتوقظ المريض من النوم، وقد تحدث نتيجة لتشنج الشريان التاجي، وهي دليل على تقدم مرض الشريان التاجي.

٤- الذبحة المغايرة (ذبحة برينزماتيلز Angina (Variant (Prinzmetal's:

تحدث بدون مثيرات أثناء الراحة بسبب التشنج الشرياني التاجي، وهي أكثر شيوعاً في النساء، وقد تحدث اضطرابات في ضربات القلب (عدم انتظام دقات القلب) **أثناء الذبحة.**

٥- تناذر X القلبي Cardiac Syndrome X:

يشكو المريض من ألم الذبحة الصدرية المثالي، ويكون اختبار الجهد إيجابي (تخطيط القلب أثناء الجهد، المشي على البساط أو الدراجة) Exercise ECG**، ولكن الشرايين التاجية غير متضيقة بالتصوير أثناء القسطرة** Coronary Angiography**، وهو أكثر شيوعاً في النساء، وقد تكون الأعراض شديدة، ولكن مستقبل المرض جيد، وقد يكون السبب هو اضطراب استجابة الشرايين الصغيرة للجهد.**

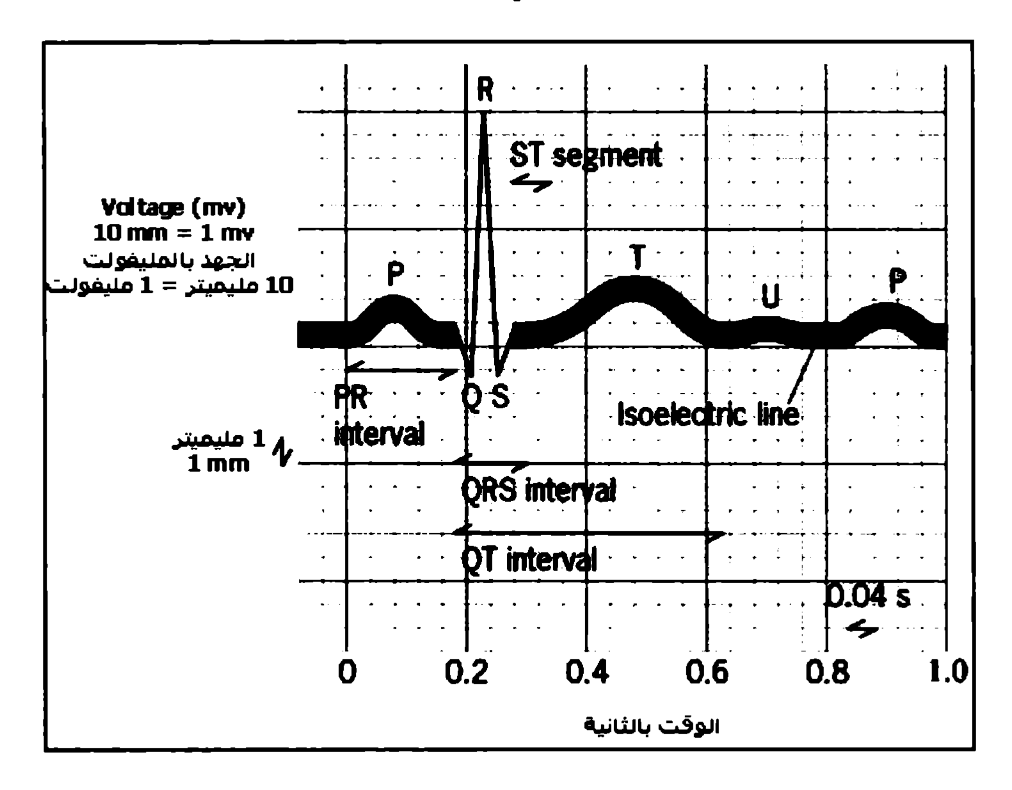
٦- الذبحة الصدرية غير المستقرة Unstable Angina:

هي الذبحة الصدرية التي تتصف بأحد ما يلي:

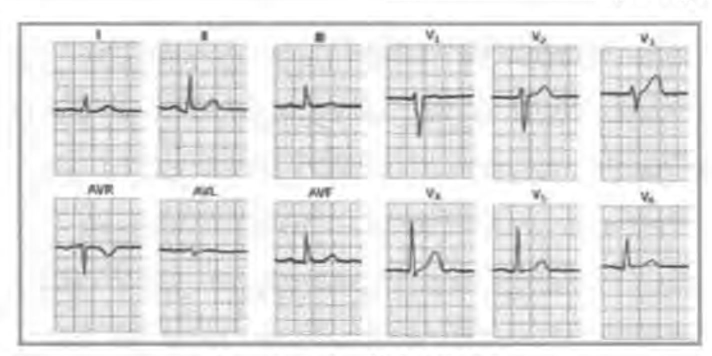
- حديثة الحدوث (أقل من شهر).
- التي تزداد سوءً.
- التي تحدث أثناء الراحة بدون جهد.

الفحص التشخيصي:

لا توجد عادة أي علامات غير طبيعية على المريض بالفحص السريري أثناء الذبحة، ويجب البحث عن علامات فقر الدم وفرط الغدة الدرقية وفرط دهون الدم، ويجب استبعاد تضيق الشريان الأبهري Aortic Stenosis لأنه يسبب الذبحة الصدرية، كما يجب فحص الضغط الشرياني.



رسم توضيحي للموجات الطبيعية في التخطيط القلبي الكهربائي

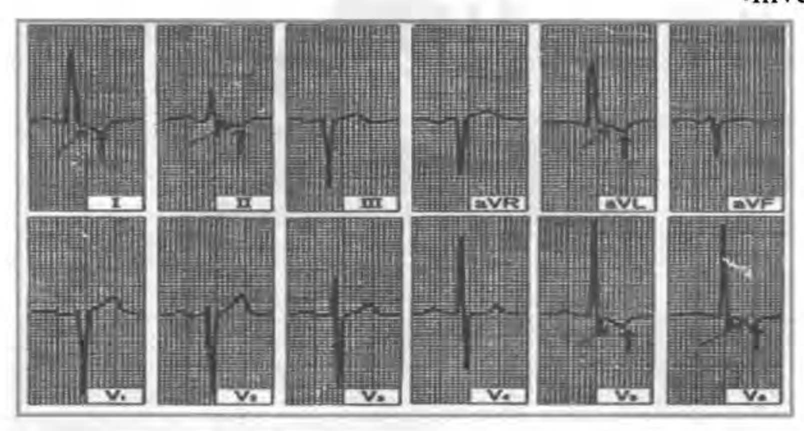


صورة لتخطيط قلب كهربائي طبيعي

التشخيص:

١- إجراء تخطيط القلب الكهربائي أثناء الراحة ECG Resting:

يكون تخطيط القلب الكهربائي عادة **طبيعياً بين نوبات الألم، ويمكن ملاحظة دلائل جلطة قلبية قديمة أو دلائل** على تضخم **البطين الأيسر للقلب أو دلائل حصار الغصن الأيسر، وقد** يظهر تزحل عابر للقطعة ST **من التخطيط نحو الأسفل** أثناء نوبة الذبحة، وانقلاب **موجة** T **للأسفل** Transient ST depression T-wave inversion.



تخطيط قلب تظهر تزحل قطعة ST للأسفل (السهم الأحمر) وانقلاب موجة T (السهم الأزرق)

٢- تخطيط القلب الكهربائي أثناء الجهد ECG Exercise:

يمكن لاختبار الجهد أن يكون مفيداً جداً في تأكيد تشخيص الذبحة وتقييم شدة

مرض الشريان التاجي، ويدل تزحل القطعة ST للأسفل ST Segment Depression لأكثر من ١ ملم إلى وجود نقص التروية القلبية، وخاصة إذا ترافق مع حدوث ألم صدري نموذجي في نفس الوقت، ويشير الاختبار الإيجابي بشدة (ظهور الإيجابية خلال ٦ دقائق من بدء الاختبار حسب نموذج بروس Bruce Protocol) إلى وجود إصابة شديدة بمرض الشريان التاجي ويساعد في تحديد المرضى المرشحين لإجراء تصوير الشرايين التاجية Coronary Angiography.

ويكون تصوير الشرايين التاجية في ٢٠ % من حالات اختبار الجهد الإيجابي طبيعياً ولا يظهر فيها أي تضيق، وهذا ما يسمى (اختبار الجهد الإيجابي الكاذب) False Positive Exercise Test.



٣- تصوير القلب بالتعزية الومضانية Scintigraphy Cardiac:

يمكن إجراء التصوير الومضاني للتروية القلبية أثناء الراحة وبعد الجهد (سواء بإجراء التمرين أو بإعطاء حقن الدوبيوتامين) باستخدام مواد التباين Contrast Agents المختلفة مثل الثاليوم Thallium [٢٠١] أو التكنيتيوم technetium [٩٩]، ويعتبر إعادة توزيع مادة التباين في عضلة القلب مؤشر مهم على وجود نقص التروية، ويكون مفيداً خاصة في تأكيد مسؤولية التضيق المشاهد في التصوير الشرياني للشرايين التاجية في التسبب بنقص التروية الدموية، إن التصوير الومضاني الطبيعي للقلب يستبعد وجود نقص تروية هام.

٤- السونار القلبي **Echocardiography**:

يستخدم في تقييم شدة إصابة الجدران البطينية Ventricular Wall Involvement وتقييم وظيفة البطين Ventricular Function.

٥- تصوير الشرايين التاجية **Angiography Coronary**:

يفيد هذا الإجراء أحياناً عند وجود ألم صدري وإذا كان التشخيص غير واضح، ويجرى هذا التصوير عادة لإجراء رسم دقيق للشرايين التاجية عند المرضى المرشحين لإجراء إعادة التوعية Revascularization بعمل جراحة مجازات الطعوم التاجية Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) أو توسيع الشريان التاجي Coronary Angioplasty، ويجب إجراء هذا التصوير فقط عندما تكون الفوائد التشخيصية والعلاجية أكبر من المخاطر البسيطة (نسبة الوفيات ١ من كل ١٠٠٠ مريض).

وتعتبر الحالات التالية دلائل للقيام بتصوير الشرايين التاجية:

- الذبحة الصدرية غير المستجيبة للعلاج الدوائي.
- اختبار الجهد الإيجابي بشدة.
- حدوث الذبحة الصدرية بعد الإصابة بالجلطة القلبية.
- المرضى صغار السن (أقل من ٥٠ سنة) المصابين بالذبحة أو الجلطة القلبية.
- إذا كان التشخيص غير مؤكد.
- سوء وظيفة البطين الأيسر الشديد للقلب بعد الجلطة القلبية.
- الذبحة الصدرية غير المستقرة.
- الجلطة القلبية بدون ظهور موجة Q في تخطيط القلب.



علاج الذبحة الصدرية

١- التدبير العام General Management:

- **إخبار المريض عن طبيعة مرضه وأن يطمئن على أن مستقبل المرض جيد** (نسبة الوفيات سنوياً أقل من ٢%).
- **معالجة الأمراض المرافقة مثل فقر الدم وفرط الغدة الدرقية.**
- **معالجة ارتفاع الضغط الشرياني ومرض السكري بشكل حازم إن وجدا.**
- **يجب تقييم عوامل الخطورة الأخرى ومعالجتها كإيقاف التدخين وعلاج ارتفاع الكوليسترول في الدم وتشجيع إنقاص الوزن وإجراء التمارين الرياضية المنتظمة.**

٢- العلاج الدوائي Medical Treatment:

- الأسبرين Aspirin: **يقلل الأسبرين من خطورة الإصابة بالجلطة القلبية لدى مريض الشريان التاجي، لذلك يجب إعطاء الأسبرين لكل مرضى الذبحة القلبية إلا إذا وجد مانع من أخذه** (قد يكون ٧٥ ملغم يومياً كافياً).
- الأدوية الخافضة للشحوم Lipid lowering Therapy، **يجب استخدام الأدوية الخافضة للشحوم عندما يكون مستوى الكوليسترول الكلي في الدم أكثر من** ٤,٨ ملي مول/لتر (خاصة إذا كان الكوليسترول الضار في الدم ٣,٣ LDL ملي مول/لتر والمفيد HDL أقل من ١ ملي مول/لتر) **بالرغم من الحمية القليلة الدسم، وإذا كانت الشحوم الثلاثية** (Triglycerides (GTN)) **في الدم أقل من** ٣,٥ ملي مول/لتر، **تستخدم أحد الإستاتينات Statins، وإذا كانت الشحوم الثلاثية في الدم أكثر من** ٣,٥ ملي مول/لتر **تستخدم الفيبرات** Fibrates، **ويستطيع العلاج الخافض للشحوم من منع حدوث ٢٠-٣٠ حالة وفاة أو جلطة قلبية بين كل** ١٠٠٠ **مريض سنوياً.**
- العلاج الهرموني المعوض Hormone Replacement Therapy (HRT)، **ويتم عن طريق إعطاء النساء بعد سن اليأس هرمونات تعوض النقص في هرمون الاستروجين والبروجستيرون، حيث يرفع الاستروجين الخارجي نسبة الكوليسترول المفيد** HDL **في الدم ويقلل من أكسدة الكوليسترول الضار**

LDL، وله تأثيرات مفيدة أخرى على الحركة الوعائية ولكن التأثيرات الجانبية مثل النزف المهبلي Vaginal Bleeding وزيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي Breast Cancer قللا من استخدامه، ومن المرجح أن تستفيد النساء عاليات الخطورة للإصابة بمرض الشريان التاجي من العلاج الهرموني المعوض، ويعطى فقط للنساء المثبتة إصابتهن بمرض الشريان التاجي واللاتي لا يوجد لديهن خطر عال للإصابة بسرطان الثدي.

- الكليسيريل تراي نايتريت Glyceryl Tri-Nitrate، **يستعمل تحت اللسان Sublingually كحبوب أو بخاخ يزيل الألم الصدري بشكل عاجل** (خلال بضعة دقائق)، **ويمكن استخدامه قبل القيام بالأعمال التي تحرض الذبحة الصدرية عند المريض** (والتي يعرفها المريض عادة).
- حاصرات بيتا Beta Blockers، **تقلل من معدل ضربات القلب** Negative Chronotropic **وقوة التقلص البطيني** Negative Enotropic، **وبالتالي يقل استهلاك القلب للأوكسجين وخاصة أثناء الجهد، ويعتبر الدواء الأفضل عند وجود جلطة قلبية سابقة لدى المريض، إذ يفيد في الوقاية الثانوية من أمراض القلب، ومنها الأتينولول** Atenolol **والمعروف بالاسم التجاري التينورمين** Tenormin، **ويعطى بجرعة** ٥٠ أو ١٠٠ ملغم **يومياً وهو الأكثر استخداماً، وكذلك الميتوبرولول** Metoprolol **المعروف بالاسم التجاري لوبريسور** Lopressor **ويعطى بجرعة** (٢٥-٥٠) ملغم مرتين يومياً، **ويستخدم كدواء بديل عند وجود اضطرابات في وظائف الكلية.**
- النترات طويلة المدى (التأثير) Long Acting Nitrates، **تفيد بشكل خاص في المرضى الذين يتحسنون على GTN تحت اللسان، فهي تقلل من العود الوريدي إلى القلب** (كمية الدم العائدة من الجسم للقلب أثناء انبساطه) Venous Return **وبالتالي تقلل من الضغوط الانبساطية داخل القلب** (الضغط داخل القلب أثناء راحته (استرخاء عضلة القلب))، **وتنقص المقاومة أمام إفراغ البطين الأيسر أثناء التقلص وتوسع الشرايين التاجية.**

- حاصرات أقنية الكالسيوم Calcium Channel Blockers، تحصر هذه الأدوية تدفق الكالسيوم إلى داخل الخلايا وتحصر استخدامه ضمن الخلايا، إذ تعمل هذه الأدوية على توسيع الشرايين التاجية والمحيطية وتقلل من قوة تقلص البطين الأيسر، وبالتالي تقلل من حاجة القلب للأوكسجين، كما تقلل حاصرات الكالسيوم من معدل ضربات القلب، ويجب أن تستخدم بحذر عند مشاركتها مع حاصرات بيتا، ومنها الديلتيازم Diltiazem والمعروف بالاسم التجاري ديلزم Dilzem، وفيراباميل Verapamil المعروف بالاسم التجاري آيزوبتين Isoptin، ومنها طويلة المفعول مثل أملوديبين Amlodipine المعروف بالاسم التجاري نورفاسك Norvasc.
- النيكوراندل Nicorandil، هو دواء مفعل لأقنية البوتاسيوم Potassium Channel Activator وله خصائص موسعة للشرايين والأوردة، ولا يستخدم كخط أول في علاج الذبحة الصدرية، بل يستخدم فقط عند وجود مضاد إستطباب للأدوية السابقة الذكر، أو في حالات الذبحة الصدرية غير المستقرة التي لا تستجيب للعلاج Refractory Unstable Angina.

٣- العلاج برأب الشريان التاجي (توسيع الشريان التاجي) Coronary Angioplasty:

يتم رأب الشريان التاجي عن طريق تقنية توسيع الإنسدادات العصيدية التاجية بواسطة نفخ البالون ضمن الانسداد Coronary Balloon Angioplasty، ويتم ذلك بإدخال بالون على قمة قسطرة رفيعة جداً ضمن الانسداد باستخدام التنظير المتألق بأشعة X X-Ray Fluroscopy لتوجيه القسطرة ومن ثم نفخ البالون، وتسمى هذه العملية برأب الشريان التاجي عبر الجلد Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA).

وتستخدم أحياناً شبكات Stents توضع مكان التضيق بعد توسيعه للمحافظة على الشريان مفتوحاً ومنع عودة التضيق، وقد أثبتت الدراسات بأن استخدام الشبكات مع التوسيع أفضل من إجراء التوسيع لوحده، ويعطى المريض عادة الأسبرين ومضاد للصفيحات Anti-Platelet مثل كلوبيدوجريل Clopidogril الاسم التجاري بلافيكس

Plavex بشكل روتيني بعد زرع الشبكة، وخاصة في الأشهر الأولى وذلك لمنع حدوث انسداد في الشبكة.



صورة بعد التوسيع تُبين زوال التضيق و سريان الدم "الأسهم"

صورة أثناء عملية التوسيع تُبين البالون ضمن التضيق في الشريان التاجي "الأسهم"

صورة قبل بدء عملية التوسيع ، لاحظ تضيق الشريان التاجي "الأسهم"

إختلاطات PTCA (الآثار الجانبية):

١-الوفيات ١%.

٢-حدوث الجلطة القلبية الحادة ٢%.

٣-الحاجة لإجراء جراحة المجازات التاجية الطارئة ٢%.

في ٣٠% من الحالات يعود التضيق التاجي خلال الست شهور الأولى بعد عملية التوسيع.

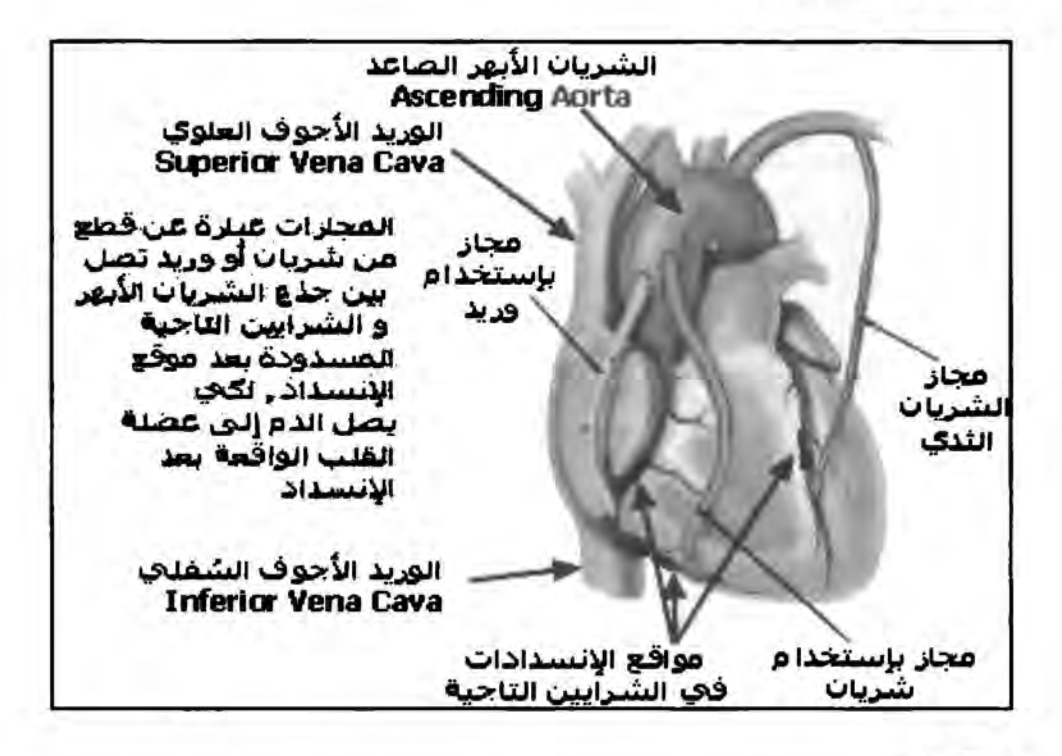
٤- العلاج الجراحي Surgical Management:

يتحسن مريض الذبحة الصدرية بالعلاج الجراحي بشكل كبير ويخف الألم في ٩٠% من الحالات تقريباً، وتستخدم الجراحة في الحالات التالية:

- **المرضى الذين لم تتم السيطرة على الأعراض لديهم بالعلاج الدوائي المثالي المكثف، مع وجود موانع من استخدام PTCA لتوسيع التضيق التاجي.**
- **المرضى المصابين بتضيقات شديدة قريبة في الشرايين التاجية الثلاثة الأساسية.**
- **المرضى المصابين بتضيق في جذع الشريان التاجي الرئيسي الأيسر.**

ويستخدم شريان الثدي الباطن الأيسر Mammary Artery Left Internal كمجازة <font color="red"> Bypass **للتضيقات القريبة في الشريان التاجي الأمامي النازل الأيسر إن أمكن، وقد ازداد استخدام الشريان الثدي الباطن الأيمن** Right Mammary Artery Internal **كمجازة للتضيقات القريبة في الشريان التاجي الأيمن، ولا تزال طعوم الوريد الصافن المقلوبة** Vein Reverse Saphenous Grafts **تستخدم بشكل شائع بجانب الطعوم الشريانية بالرغم من انسدادها في ١٠% من الحالات سنوياً.**

إن نسبة الوفيات الجراحية هي أقل من ١% بشرط أن تكون وظيفة البطين الأيسر جيدة، وتحدث السكتات الدماغية حول الجراحة بنسبة ٢%، وقد تبين وجود فائدة كبيرة لاستخدام العلاج الصارم لخفض مستوى الكوليسترول الضار LDL **في الدم إلى مستوى أقل من** ٢,٥ ملي مول/لتر **عند المرضى الذين أجري لهم جراحة طعوم الشريان التاجي** Coronary Artery Bypass Grafting (CABG).



نقص كريات الدم البيضاء Leucopenca:

هو نقص كريات الدم البيضاء عن الحد الطبيعي في الجسم.

المسببات:

١- الالتهابات الفايروسية.

٢- بعض الإصابات البكتيرية (الحمى التايفوئيدية).

٣- الأدوية عالية السمية.

٤- قد يحدث ابيضاض الدم بشكل نقص في كريات الدم البيضاء، وتسمى هذه الحالة ابيضاض دم لا إبيضاضي.

أعراض المرض:

١- ارتفاع حرارة الجسم.

٢- سرعة الإصابة بالالتهابات وتكرار حدوثها.

العلاج:

- معالجة السبب.
- مكافحة الالتهاب.

نقص كلوكوز الدم (السكر) Hypoglycemia:

هي حالة تحدث عندما لا يحتوي الدم على كمية كافية من الكلوكوز (السكر) حيث يوفر الكلوكوز الطاقة اللازمة لخلايا الجسم، وتتطلب بعض الخلايا إمداداً مستمراً من الكلوكوز، كما أن خلايا الأعصاب وخاصة أعصاب الدماغ - هي أكثر الخلايا تأثراً بقلة كمية الكلوكوز في الدم .

المسببات:

تحدث معظم حالات مرض نقص كلوكوز الدم بين الأشخاص الذين يتعاطون أدوية الداء السكري، وتحتوي أجسام هؤلاء الأشخاص على كمية من الأنسولين اقل من المطلوب، ويحتوي دم هؤلاء الأشخاص على مستوى سكر أكثر من اللازم، ولذلك فإنهم يتعاطون الأنسولين أو أي أدوية أخرى تعمل على إنقاص نسبة السكر في الدم،

ويحدث نقص الكلوكوز في الدم إذا كانت الجرعة أكبر من المطلوب أو عندما تكون الجرعة ذات تأثير أقوى من الغرض المستهدف.

وهناك أسباب أخرى لمرض نقص كلوكوز الدم وتقسم إلى مجموعتين:

أ- أسباب عضوية:

- شذوذ جسماني: ينتج نقص كلوكوز الدم العضوي عن شذوذ جسماني والذي يعتبر اشد خطورة من حالة النقص الوظيفي.
- أمراض الكبد المختلفة: تؤدي إلى حدوث نقص كلوكوز الدم العضوي ويختزن الكبد عادة كمية من السكر في شكل كلايكوجين (نشا حيواني) ويحول الكبد الكلايكوجين إلى كلوكوز ويدفعه عبر الدم إلى حيث تحتاجه خلايا الجسم وقد يفشل الكبد المريض في دفع الكميات الكافية من الكلوكوز إلى الدم.
- اضطراب الغدد الصماء: قد يتسبب اضطراب الغدد الصماء (المنتجة للهرمون) في حدوث نقص كلوكوز الدم العضوي، فمثلاً تستطيع بعض الأورام الخبيثة في البنكرياس - وهو العضو الذي ينتج الأنسولين - إفراز كمية أكثر من المعتاد من الأنسولين، وبطبيعة الحال فإن العلاج في هذه الحالة يتطلب إجراء جراحة لإزالة الورم.

ب- أسباب وظيفية:

هو نقص كلوكوز الدم التفاعلي والذي يعد مبالغة في رد الفعل الطبيعي للجسم تجاه الأكل، وتزيد كمية السكر عادة في الدم لعدة ساعات بعد تناول أي وجبة خصوصاً إذا كانت تلك الوجبة تحتوي على كثير من الكربوهيدرات (النشويات والسكريات)، وقد ينخفض مستوى الكلوكوز لدى كثير من الأشخاص الأصحاء إلى حد يكون منخفضاً جداً عما كان عليه قبل تناول الوجبة ثم يعود إلى الارتفاع ثانية إلى مستوى البداية ولا يلاحظ كثير من الناس هذا الانخفاض في سكر الدم ولكن لدى أي شخص مصاب بنقص كلوكوز الدم التفاعلي فإن الانخفاض في سكر الدم إلى اقل من المستوى المعتاد يؤدي إلى أعراض مرض

نقص كلوكوز الدم، وفي معظم الحالات تختفي هذه الأعراض دون علاج خلال عدة دقائق أو في مدة أقصر من ذلك إذا تناول هذا الشخص شيئا ما يحتوي على سكر.

أعراض المرض:

- الإحساس بالجوع.
- اتساع بؤبؤ العين.
- الصداع.
- القلق والخوف.
- شدة خفقان القلب.
- التعرق الغزير.
- وقد يبدو على الأشخاص الذين يعانون من نقص شديد في السكر علامات الاضطراب وعدم التنسيق والتداخل والغموض في التحدث، وفي الحالات المرضية المتقدمة قد يصاب المريض بتشنجات وبفقد الوعي وفي حالات نادرة يتعطل نشاط الدماغ وقد تحدث الوفاة.

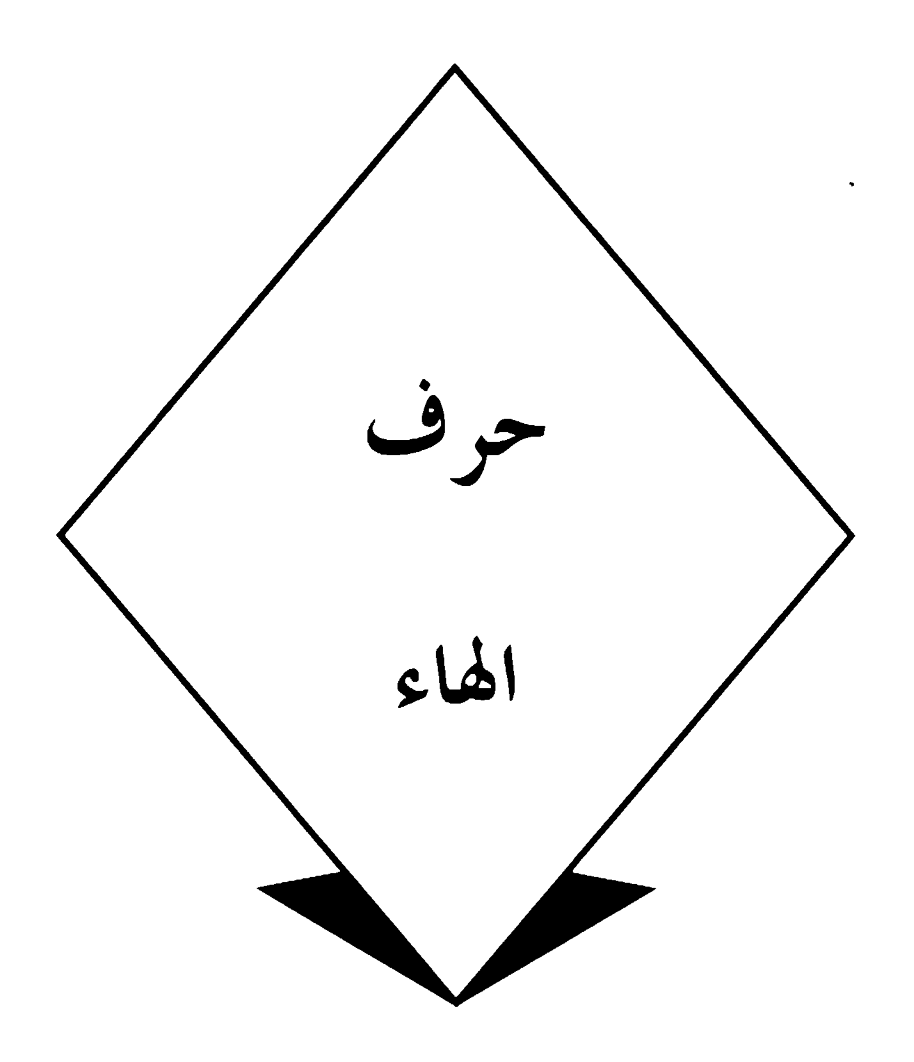
العلاج :

يعالج نقص كلوكوز الدم العضوي بمعالجة السبب.

أما نقص كلوكوز الدم الوظيفي فإنه يحدث بصورة متكررة أكثر من نقص كلوكوز الدم العضوي، ولكنه ليس حالة شائعة، وقد لا يدرك البعض أن الانخفاض المؤقت في سكر الدم غالباً ما يحدث بمثابة رد فعل للأكل، وبالتالي فقد يؤدي عدم الإدراك هذا إلى تشخيص خاطئ شائع لنقص السكر الوظيفي.

ويعزى حدوث هذه الحالة إلى عدة مشكلات شائعة مثل التعب والإرهاق والخوف والقلق وعدم القيام بالوظيفة بالشكل المناسب، ويتفق معظم الأطباء في الوقت الحاضر على أن هذه المشكلات في معظم الحالات تنتج بفعل أسباب أخرى، وقد يتضمن علاج نقص كلوكوز الدم الوظيفي اتباع نظام

تغذية يحتوي على توازن مدروس للبروتين والكربوهيدرات التي تتضمنها الأطعمة.


حرف
الهاء



هامارتوما Hamartoma:

هو ورم متعدد يكون حجمه إما صغير جداً بحجم رأس الدبوس أو كبيراً بحجم الكرة وهو وسطي ما بين التشوه الخلقي وما بين الأورام فتركيبه النسيجي يشبه التركيب النسيجي للكبد ولكن انتظام أجزائه المكونة غير طبيعي.

ويكون على أشكال مختلفة، منه الشكل الصغير المسمى ميكروهامارتوما (Microhamartoma) عبارة عن نشوء القنوات الصفراوية غير المنتظم المحاط بنشوء النسيج الضام.

ويختلف الشكل العقدي القاسي بلونه وتركيبه عن تركيب الأنسجة المجاورة وليس له مكان محدد، ويبدو في الفحص النسيجي بشكل صفائح من الخلايا الكبدية غير مصطفة حول وريد مركزي مع نشوء القنوات الصفراوية والنسيج الضام.

وقد يحدث ضمور للخلايا الكبدية المجاورة وتنخفض بعض المناطق المحيطة في بعض الحالات التي تكون فيها العقد كبيرة، ويشبه الشكل النسيجي في هذه الحالة شكل نسيج الكبد المصاب بالتشمع الكبدي وليس لهذه الأورام أي صفة سريرية خاصة إلا إذا كبرت كثيراً.

هبرية (قشرة الرأس) Scurf:

هي حالة يتعرض لها معظم الناس في وقت ما، تتساقط فيها قشور الجلد الميت من فروة الرأس، وتكون هذه القشور صفراء زيتية أو بيضاء يابسة.

المسببات:

لا تعرف أسباب هذه الحالة معرفة أكيدة، وفي أغلب الأحيان يمكن السيطرة على الهبرية غير الحادة بغسل الشعر غسلاً متكرراً.

أعراض المرض:

ظهور القشور بشكل واضح في فروة الرأس وبين الشعر، وقد تحدث الحالة

التي تسمى المث (وهي حالة خلل الغدد الزهمية) هبرية حادة وتجعل فروة الرأس حمراء مما يسبب رغبة في الحك.

العلاج:

يغسل الشعر بالشامبو الذي يحتوي على مادة السيلنيوم أو هرمونات الستيرويد القشري، وفي حالة استمرارها يجب استشارة الطبيب.

هبوط القلب Heart prolapsus :

هو نوع من الاضطرابات التي تصيب القلب لا يستطيع القلب فيه ضخ الدم بكفاية، وأي مرض يعوق القلب عن إيصال الدم للجسم قد يسبب هذه الحالة.

المسببات:

- مرض الشرايين التاجية.
- اعتلال عضلة القلب.
- أمراض الصمامات.
- كذلك جريان الدم غير الكافي يسبب الإجهاد، بالإضافة إلى أنه يجعل الدم يرجع إلى الرئة ويسبب هذا الاحتقان قصوراً وصعوبة في التنفس.

العلاج:

يعطى المريض أدوية القمعية لتقوية انقباضات عضلات القلب ولهذا يزيد من جريان الدم، وبعض الأدوية الموسعة للأوعية الدموية وهي تمنع محاولة الجسم الطبيعية غير المرغوب فيها لتضييق الشرايين عندما يحدث هبوط القلب، وتساعد بعض هذه الأدوية على تمدد العضلات الملساء في جدران الشرايين، وإذا لم تستجيب الحالة للأدوية فيتم إجراء عملية جراحية للمريض لتصحيح الخلل الذي أدى إلى هبوط القلب.

هربس تناسلي بسيط Herpes Simplex Genitalis:

هو مرض يصيب الجهاز التناسلي يكون بشكل حبيبات مائية، ويعرف أيضاً بالحلأ التناسلي، وهو كثير الانتشار.

المسببات:

١- العلاقات الجنسية الممرضة.

٢- الحيض.

٣- الإرهاق.

٤- الإصابة بالالتهاب.

٥- الصدمات النفسية.

وقد يتكرر ظهور الحبيبات المائية كل ١٥ شهراً أو كل ١٠ سنوات ولا يعرف إلى الآن سبب هذا التفاوت الزمني.

فترة الحضانة:

تتراوح فترة الحضانة لهذا المرض ما بين ٤ إلى ٥ أيام.

أعراض المرض:

١- تهيج جلدي في موقع الإصابة يتبعه ظهور تجمعات من الحبيبات في الأعضاء التناسلية، وتحتوي هذه الحبيبات على سائل شفاف، وسرعان ما تنفجر مسببة جروحاً ذات شكل دائري، غير منتظم، وتكون هذه الجروح مؤلمة ومتقرحة، وسطحية الشكل تميل إلى الليونة، وقد تنزف هذه الجروح إذا ما تعرضت لشدة أو قد تلتهب إذا ما تعرضت إلى التلوث.

وتظهر هذه الحبيبات على الحشفة والقلفة وجذع القضيب، أما عند المرأة فتظهر في الفرج وأحياناً في عنق الرحم، وقد تتحول في بعض الأحيان إلى قرحة.

٢- تسبب الإصابة بالهربس التناسلي الإعاقة في العلاقات الجنسية، حيث يشكو المريض من تعدد المناطق المصابة.

٣- سوء الحالة الصحية العامة للمريض.

٤- ارتفاع في حرارة الجسم بسبب حدوث الالتهاب عند تلوث القرحة.

٥- قد يحدث تورم في الأعضاء التناسلية وانتفاخ وخاصة في العقد الليمفاوية الإربية.

وقد يصاب الشخص بالهربس التناسلي البسيط دون أن تظهر عليه أي أعراض هامة.

التشخيص:

١- إجراء الفحص المختبري حيث يتم سحب بعض نقاط من السائل الموجود في الحبيبات الحلئية أو سحب خزعة صغيرة من مكان الإصابة وزرعها في المختبر. ومن الضروري هنا إجراء الفحوصات الخاصة بالسفلس للتأكد من عدم وجود مرض السفلس في المنطقة التناسلية.

٢- إجراء فحص لخلايا عنق الرحم تحت عدسة المجهر، وذلك للتأكد من عدم وجود مرض خبيث، وهذا الفحص ضروري جداً لأن الإصابة بهذا المرض قد يصطحب معه أوراماً سرطانية أحياناً، كما أن الزرع يتم للتأكد من عدم انتشار الهربس في منطقة عنق الرحم.

العلاج:

١- يجب على المريض الاغتسال بواسطة المحاليل الملحية، والمحافظة على النظافة التامة لمدة عشرة أيام بشرط أن لا تكون منطقة الإصابة ملتهبة وهذا العلاج كافياً لشفاء المريض.

٢- استعمال المضادات الحيوية إذا لم يحقق العلاج الأول الشفاء التام.

٣- يوصف دواء الآيدوكسوريدين (Idoxuridine) و فيتامين "A" و "D" مع مراهم مزيلة للألم والحكة.

٤- يفضل استعمال جراحة الليزر في علاج الإصابة الفايروسية وتطبق هذه الطريقة أيضاً خلال فترة الحمل لمميزاتها التالية:

- لا تسبب مضاعفات التهابية أو أي مضاعفات أخرى كونها طريقة سليمة حيث يشفى الجلد سريعاً دون حصول أي تقرح.
- تحول الأشعة الشافية دون انتشار الفايروس إلى داخل الأعضاء التناسلية.
- تمنع هذه الأشعة الانتكاسة المرضية بفضل تأثيرها على الخلايا المصابة لأن أشعة الليزر تتلف الخلايا المصابة وتدمر الفايروس والمواد المولدة للأضداد (Antigens) التي تصدر عنها، ويزول الألم ويجنب حدوث العدوى.

المضاعفات:

يرتكز التخوف من الفايروس الجنسي على المضاعفات التي تصيب المريض أحياناً في حالة إهماله للعلاج ومن هذه المضاعفات:

١- التهاب أغشية السحايا في الدماغ.

٢- التهاب الدماغ.

٣- ظهور هربس الكبد.

٤- حصول العدوى للأم الحامل مما يسبب لها الإجهاض أحياناً وقد يؤدي إلى حصول تشوهات ولادية للجنين بسبب إصابة الجهاز العصبي العلوي بالاضطراب فيولد الجنين مصاباً بعاهة صغر العينين (Microphtalmia) والتهاب في شبكية العين ونسيجها المشيمي (Chorioretinitis) لذلك يقوم بعض الأطباء بإجراء عملية قيصرية للأم الحامل بدلاً من الولادة الطبيعية لكي يجنبوا الطفل الوليد الإصابة بتلك الأمراض، وأحياناً تحصل ولادة الخداج (ولادة الطفل قبل انتهاء فترة الحمل) ويكون الهربس منتشراً في أجسامهم سواء في الدماغ أو في الأحشاء.

هرمون ليبتين Leptin :

هو هرمون بروتيني تم أكتشافه حديثاً، والاسم مُشتق من كلمة ليبتوز اليونانية Leptos وتعني نحيف، ولهذا الهرمون تأثير على تنظيم وزن الجسم والأيض والخصوبة والإنجاب، والمصدر الرئيسي لهذا الهرمون هو الخلايا الشحمية Adipocytes، وهناك خلايا في بطانة المعدة والمشيمة تفرز كميات ضئيلة منه، وتوجد مُستقبلات هرمون ليبتين (Leptin Receptors) بكثرة في منطقة تحت المهاد (Hypothalamus) في المخ والتي تلعب دوراً هاماً وأساسياً في التحكم بوزن الجسم وصرف الطاقة والخصوبة.

التأثيرات الفسيولوجية لهرمون ليبتين:

١- التحكم باستهلاك الطعام وصرف الطاقة (حرق السعرات الحرارية) ووزن الجسم، فهو عامل مهم جداً في التحكم بوزن الجسم على المدى البعيد، وقد لوحظ أنه كلما

زادت كمية الشحوم (الخلايا الشحمية) في الجسم ازدادت كمية هرمون ليبتين المنتج من هذه الخلايا وكأنها ترسل إشارة وتقرير عن كمية الشحوم وزيادة الوزن للمخ، ويتم تأثير ليبتين عن طريق المُستقبلات الموجودة في منطقة تحت المهاد في المخ والتي تتحكم في الإحساس بالجوع وسلوكيات تناول الطعام في الإنسان وكذلك في حرارة الجسم وصرف الطاقة.

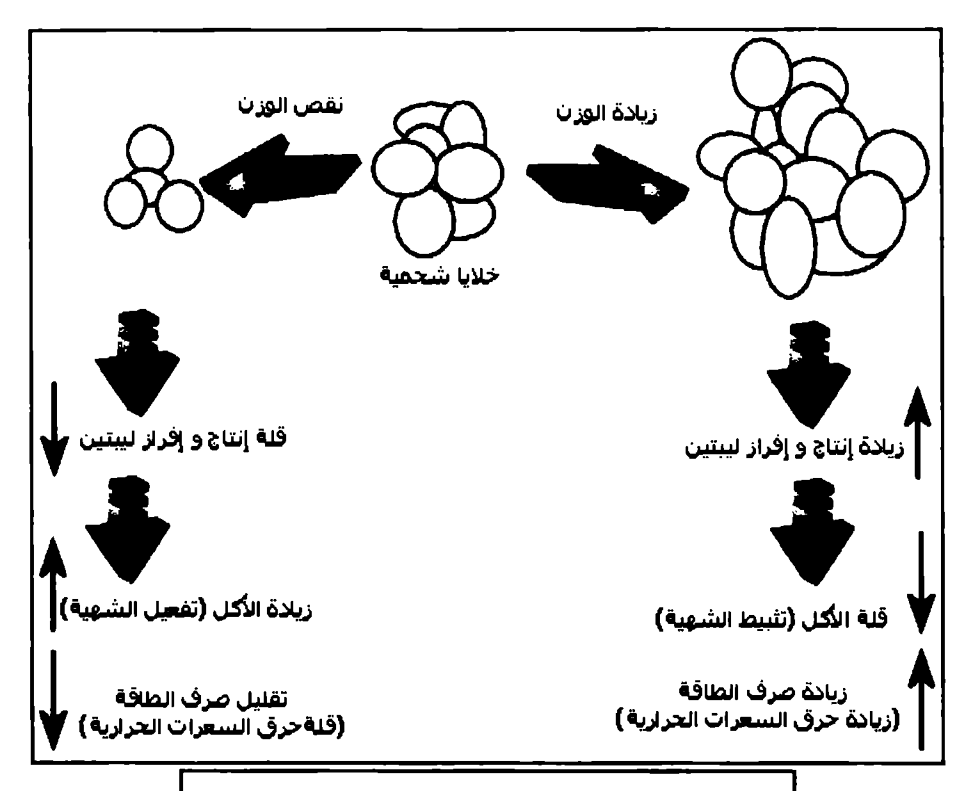
يعمل ليبتين عن طريق :

- تقليل الشعور بالجوع وقلة استهلاك الطعام.
- زيادة صرف الطاقة (حرق السعرات الحرارية).

ولكن آلية عمل هذا الهرمون غير معروفة بالضبط حتى الآن.

٢- الخصوبة والإنجاب: من المعروف بأن الجوع يؤثر سلبياً على الخصوبة والإنجاب، فالمرأة النحيفة جداً والتي لديها كميات ضئيلة من الشحوم، عادة ما تعاني من اضطرابات وتوقف الدورة الشهرية، وهرمون ليبتين له تأثير على الخصوبة والإنجاب فقد لوحظ تأثيره على البلوغ الجنسي من خلال التجارب التي أجريت على فئران المختبر، وهذا التأثير غالباً ما يكون نتيجة تأثير ليبتين على منطقة تحت المهاد لزيادة إفراز الهرمون المحفز لإفراز الهرمونات التناسلية Gonadotropin- Releasing Hormone والذي بدوره يحفز الغدة النخامية لكي تفرز الهرمون الملوتن Luteinizing Hormone LH والهرمون المحفز للجريب Follicle-Stimulating Hormone FSH والذين يلعبان دوراً أساسياً في تطور وبلوغ البويضات في المبيض، أما في الإنسان، فقد لوحظ بأن الإناث اللواتي لديهن طفرة في الصبغات الوراثية والتي تؤدي إلى عطل مستقبلات ليبتين لا يصابون بالسمنة المفرطة فقط وإنما بتأخر البلوغ كذلك.

وما زال الوقت مبكراً لاستخدام ليبتين كعلاج للسمنة عند الإنسان و لكن ما تزال البحوث جارية في ذلك، وقد يكون هذا العلاج إما عن طريق الحقن أو عن طريق العلاج بالموروثات Gene Therapy .



رسم توضيحي يبين عملية التحكم بإنتاج وإفراز ليبتين

هيموفيليا Hemophilia :

ويسمى أيضاً الناعورية وهو مرض وراثي يمنع تخثر الدم عموماً وعادة ما ينزف دم المصاب بشكل مستمر لأن دمه يتخثر (يتجلط) ببطء شديد ومعظم الذين يصابون بهذا المرض من الرجال.

المسببات:

تحدث الناعورية بسببين:

- مورثة مختل في الكروموسوم (الصبغي) × وهو أحد كروموسومين يحددان جنس الشخص ذكراً أو أنثى.
- **أما الثاني فهو الكروموسوم Y الذي ليس له جينات لعوامل التخثر، وللذكور كروموسوم × واحد وكروموسوم Y واحد أيضاً، أما الإناث فلديهن اثنان من**

الكروموسوم والابن الذي يرث الخلل الناعوري في الكروموسوم × يصاب بالمرض، والبنت التي ترث جيناً مختلاً في واحد من كروموسومي × تكون حاملة للمرض، ويمكنها أن تنقل هذا الجين المختل لأطفالها ولكنها لن تصاب بالمرض لان الجين غير المختل يعطيها ما يكفيها من عوامل التخثر ولكن في حالات نادرة جداً قد ترث الأنثى الجينات المختلفة في كروموسوم × وبذلك تصاب بالمرض.

أعراض المرض:

تشمل الناعورية التقليدية ومرض كريسماس الذي يحمل اسم أول شخص عولج من هذا المرض، وتصيب الناعورية التقليدية ٨٥% من مرضى الناعورية وينقص في دم هؤلاء المرضى نوع من البروتينات يسمى عامل التخثر الثامن أما بقية المرضى فأغلبهم مصابون بمرض كريسماس حيث لا يوجد في دمهم عامل التخثر التاسع وينقص في عدد ضئيل جداً من المرضى عامل تخثر آخر.

العلاج:

يشتمل العلاج على حقن عامل التخثر الناقص في الدم وهذه الحقن التي تأتي من المتبرعين بالدم تسبب تخثراً طبيعياً مؤقتاً، ويجب إعطاء هذا العلاج بعد الإصابات حتى لا يتجمع الدم ويتلف الأغشية، ويحتفظ الكثير من المرضى بعلاج عامل التخثر ويحقنون به أنفسهم عند الإصابات.

هشاشة العظام Osteoporosis:

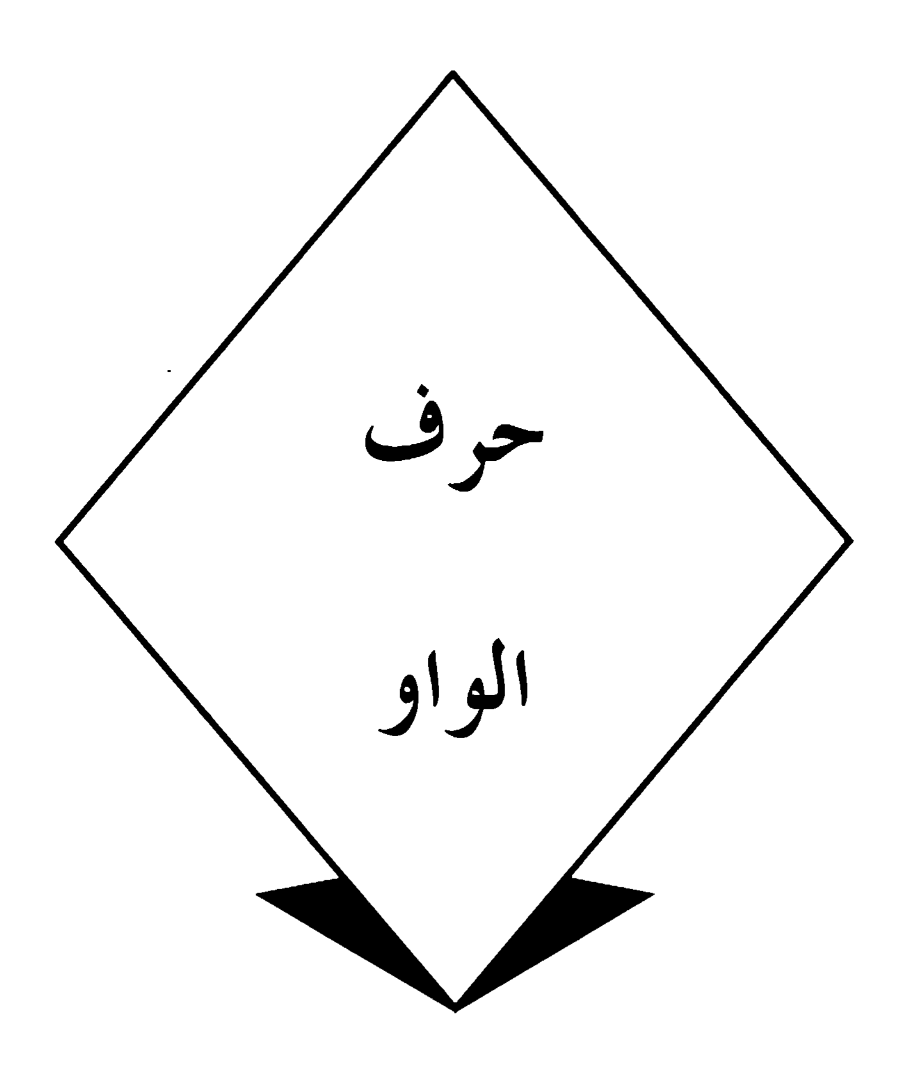
هو انخفاض في كثافة العظام نتيجة لنقص الكالسيوم وبروتين العظام، وهو يعرض الإنسان للكسور والتي يكون من الصعب التئامها لأنها تأخذ فترات طويلة ولا تعود العظام فيها إلى حالتها الطبيعية، وكبار السن هم أكثر الأشخاص عرضة للإصابة بهشاشة العظام، والسيدات أيضاً بعد انقطاع الطمث.

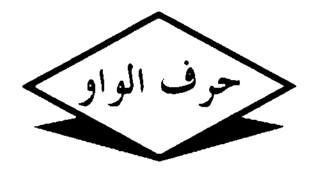
التشخيص:

يمكن اكتشافه عن طريق اختبارات كثافة العظام.

العلاج:

يتضمن علاج هذه الحالة الحصول على القدر الملائم من الكالسيوم و المعادن الأخرى في النظام الغذائي، أما بالنسبة للسيدات بعد انقطاع الطمث فلابد من أخذ هرمون "الأوستروجين" أو مزيج من مكملات هذا الهرمون بأي شكل من الأشكال.


حرف
الواو



وحمة وعائية Nevus vessel:

هي وحمة ولادية تنمو عن تكاثر في الأوعية الدموية وتضم ثلاثة أشكال رئيسية:

١- **وحمة وعائية دموية منبسطة (Flat Angioma): وهي شهوة دموية تبقى مدى الحياة.**

٢- **وحمة وعائية دموية مرتفعة Cavernous Angioma (Stawberry Naevus): عبارة عن ورم وعائي مرتفع عن سطح الجلد تشبه حبة التوت أو الكرز تكبر في البدء حيث ينمو بسرعة خلال عدة أشهر ثم تتراجع عفوياً بمرور الزمن.**

٣- **وحمة وعائية دموية كهفية: تتألف من كتل وعائية دموية كبيرة.**

٤- **الأورام والوحمات الميلانية الحميدة: تتميز هذه الإصابات بكونها تنشأ من تكاثر أو تبدل في الخلايا الميلانية** (الفيتامينية) ومنها:

- النمش.
- الشامات.
- الوحمة المشعرة الولادية.

وذمة Oedema:

زيادة مرضية تحدث نتيجة لتجمع كمية من السوائل بين الخلايا وفي تجاويف الجسم المختلفة، إذ أن هناك توازن دقيق بين السوائل الموجودة داخل خلايا الجسم وبين السوائل الموجودة خارج الخلايا، ويتم هذا التوازن تحت تأثير عوامل متعددة هي:

- **الضغط المائي السكوني.**
- **ضغط بروتينات بلازما الدم.**
- **اضطرابات الضغط الخلوي.**

- زيادة النفاذية الشعرية.

المسببات:

أ- زيادة الضغط المائي السكوني وتحدث في الحالات التالية:

- **قصور القلب الشامل: من أكثر الأسباب شيوعاً هي فشل القلب، حيث يفشل القلب في تمرير الدم بفاعلية لا تستطيع الكلى معه امتصاص الكمية الكافية من الماء والملح من الدم وبالتالي يزداد حجم الدم ويتسرب السائل إلى الساقين.**
- **الوذمة الرئوية الحادة.**

ب- نقصان ضغط البروتينات في بلازما الدم: وخاصة نقص الألبومين ويحدث هذا في:

- **العوز الغذائي الشديد** (سوء التغذية).
- **تشمع الكبد** (نقص تركيب البروتين).
- **النفروز الكلوي** (التهاب القنوات الكلوية) (زيادة طرح البروتين عن طريق الجهاز البولي).

ج- اضطرابات الضغط الخلوي: التي تنجم عن زيادة انحباس الصوديوم حيث يسبب وجود شوارد الصوديوم على جانبي الجدار الشعري:

- زيادة الألدوستيرون: **تؤدي لانحباس الماء والصوديوم في الجسم.**

د- زيادة النفاذية الشعرية: أي سلامة بنية الجدار الخلوي الذي يسيطر على نفاذية الوعاء الدموي فيسمح للسوائل بالخروج خارج الوعاء بسبب ازدياد المسافة بين خلايا الطبقة المبطنة للوعاء الدموي كما في الحالات الآتية:

- **المرحلة الأولى من الالتهاب.**
- **نقص الأوكسجين.**

الأنواع:

١- **الوذمة الموضعية** (Local Oedema).

- **الوذمة الالتهابية** (Infection Oedema).
- **الوذمة الانسدادية** (Bolcker Oedema).

- الوذمة الرئوية (Pulmonary Oedema).

٢- الوذمة العامة: وهي انتشار الوذمة في جميع أجزاء الجسم، ويسمى الاستسقاء، ويشاهد في حالات:

- قصور البطين الأيمن.
- الداء الكلوي النفروزي.
- سوء التغذية الشديد.

أعراض المرض:

- ضيق في التنفس في حالة الاستسقاء الرئوي.
- تضخم وتورم في الساقين أو في الاجزاء المصابة.

العلاج:

تعالج الوذمة أو الاستسقاء الذي يحدث نتيجة لفشل القلب بالأدوية والعقاقير أو بالجراحة لتحسين عمل القلب، وكذلك بالأدوية المدرة للبول لزيادة إفراز الماء والملح من الجسم بواسطة الكلى، كما تساعد التغذية المحتوية على كميات عالية من البروتين في علاج الاستسقاء الذي يحدث نتيجة نقص محتوى البروتين في بلازما الدم، ويحتاج مرضى الاستسقاء الليمفاوي إلى الراحة السريرية لفترات طويلة مع رفع أجزاء الجسم المتأثرة وربطها ربطاً محكماً للتقليل من التورم.

ورم حميد Tumor Benign:

هو ورم غير ضار، ولا ينتقل إلى أماكن أخرى في الجسم ويمتاز ببطء نموه ويكون محاط من الخارج بغلاف يحدده بشكل كامل ويفصله عن الأنسجة الأخرى المحيطة به ولا يسبب مشاكل كبيرة مثل انتشاره في الدم أو الليمف، ولا يصاب به المريض مرة أخرى بعد استئصاله.

ورم خبيث Malignant tumor:

هو ورم ضار كمثل الأورام الأخرى في الأنسجة والتي يمكن أن تنمو بشكل عشوائي وتنتشر في الجسم بشكل سريع.

والخلايا السرطانية يمكن أن تدمر الخلايا المحيطة بها، ومن الممكن أيضاً أن تخرج عن محيط الورم الخبيث وتنتقل إلى مضخات الدم أو الجهاز الليمفاوي.

وتشرح هذه العملية كيفية انتقال السرطان من المنطقة الأساسية للورم والبدء في تكوين أورام سرطانية أخرى في مناطق مختلفة في الجسم.

وتبلغ حجماً كبيراً في وقت قصير وتكون غير مغلفة بغلاف يحد من نموها ويمنع انتشارها لذلك فهي تهاجم الأنسجة المتجاورة مسببة تلفها وتنتهي غالباً بوفاة المريض في مدة قصيرة.

ويوجد نوعين من الأورام الخبيثة هما: الأورام السرطانية التي تنشأ من الخلايا البشرية، والأورام الساركومية التي تنشأ من خلايا الأنسجة الضامة.

ولم يكتشف حتى الآن دواءً شافياً بشكل تام لهذه الأورام، وتعالج حالياً بالجراحة أو العلاج الكيميائي أو الإشعاعي لتأخير وإيقاف نموها وانتشارها.

ورم دموي Hematoma:

هو تجمع الدماء التي تخرج من الأوعية الدموية داخل أنسجة الجلد أو الأعضاء.

ورم غدي سليم Benign Adenoma:

هو ورم كبدي نادر الحدوث ويعتقد إنه خلقي، ويكون بحجم حبة البندق غالباً ومفرد عادة، وهو على نوعين:

- **النوع ذو الخلايا الكبدية** (Liver Cell Type).
- النوع ذو القنوات الصفراوية (Bile Duct Type): **وقد يكون هذا النوع كيسياً.**

وقد يكون من الصعب التفريق ما بين الورم الغدي والورم العقدي الذي يحدث في حالات التشمع الكبدي ويغلب للورم الغدي أن يزيح أو يضغط على النسيج الكبدي المجاور على عكس ما يحدث في التشمع الكبدي، وهو ورم ذو محفظة ويندر أن يظهر بأعراض سريرية.

ورم غدي غير مفرز للأنسولين Non Insulin Secreting Adenoma:

ويدعى أيضاً علامة -زولنج- اليسون (Fllison Syndrome – Zollinger)، ينشأ هذا الورم على حساب الخلايا الغدية في البنكرياس غير المفرزة للأنسولين، وهو ورم خبيث، يفرز هرموناً مشابهاً لهرمون الكاسترين الذي يحرض الخلايا الجدارية في المعدة على إفراز كميات كبيرة من حامض الهيدروكلوريك (HCL).

أعراض المرض:

١- حدوث تقرحات معدية عديدة وتكون هذه التقرحات مستعصية على العلاج.

٢- نزف هضمي علوي.

٣- إسهال حامضي شديد.

التشخيص:

- الفحص السريري للمريض.
- إجراء الفحوصات المختبرية.
- قياس نسبة الحموضة المعدية.
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية (السونار).
- التصوير الطبقي المحوري.

العلاج:

يكون علاج هذه الحالة علاجاً جراحياً حيث يتم استئصال جزئي للورم من البنكرياس، أو استئصال المعدة التام.

ورم غدي مفرز للأنسولين Insulinoma:

وهو ورم حميد ينشأ على حساب الخلايا الغدية المفرزة للأنسولين في البنكرياس، وهو ورم وحيد ولا ينتشر.

أعراض المرض:

١- حدوث نوبة حادة من هبوط السكر في الدم.

٢- ظهور الأعراض المسماة بثلاثي ويبل وهي:

- هبوط نسبة السكر في الدم إلى أقل من ٦٠ ملغم.
- زوال هذه الأعراض بإعطاء المريض محلول سكري.

العلاج:

يتم العلاج بالاستئصال الجراحي.

ورم غير هودجكن Non-Hodgkin's Lymhpoma:

هو ورم يصيب العقد الليمفاوية والعظام والطحال والأنسجة الأخرى، وهو واسع الانتشار ويصيب معظم الأشخاص في مختلف الأعمار، كما إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث.

أعراض المرض:

١- تضخم العقد الليمفاوية، ويكون هذا التضخم غير مؤلماً.

٢- سرعة التعب والوهن.

٣- ارتفاع حرارة الجسم.

٤- التعرق.

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال إجراء الفحص المختبري ويتم فيه إجراء الفحص النسيجي مجهرياً.

العلاج:

يتم العلاج بالأشعة والمواد الكيميائية.

ورم ليفي بالثدي Disease Fibrocystic Breast :

هو ورم حميد يحدث في الثدي، وينتشر أثناء الدورة الشهرية.

ورم ليمفاوي Lymphoma :

هو ورم يصيب الغدد الليمفاوية أو أجزاء الجهاز الليمفاوي، ويكون عادة وليس دائماً مرض سرطاني خبيث.

ورم ملاني Melanoma:

هو ورم يحدث في الجلد مع حدوث تجمع لصبغات بنية وينتشر بسرعة.

ورم هودغ كن Hodgkin's Lymhpoma:

وهو من الأورام الليمفاوية التي تظهر في خلية ريد - ستنبرغ (Reed-Stenbrerg) وهو مرض خبيث مجهول السبب.

أعراض المرض:

١- حدوث تضخم غير مؤلم في العقد الليمفاوية وخاصة في العقد الليمفاوية الرقبية.

٢- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.

٣- تعرق ليلي.

٤- عسر البلع.

٥- ضيق التنفس.

٦- الشعور بالوهن والضعف العام.

٧- فقدان سريع في الوزن حيث يقل الوزن بنسبة ١٠% من وزن الجسم خلال ستة أشهر.

٨- قد يحدث أحياناً تضخم في حجم الكبد.

التشخيص:

إجراء الفحص النسيجي حيث يتم أخذ خزعة نسيجية من المكان المصاب وتزرع مختبرياً ويتم فحص خلايا النسيج مجهرياً.

ورم وعائي Aneuresm:

هو بروز يحدث في الأوعية الدموية يحدث في الغالب نتيجة لتصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم، ويمكن حدوثها نتيجة لانسداد في الأوعية الدموية والتي تؤدي بالتالي لسكتة قلبية.

ورم وعائي دموي Heamangioma:

وهو ورم وعائي دموي يكون بحجم حبة البندق وغالباً ما يكون متعدداً ويستقر تحت المحفظة، وفي بعض الحالات النادرة قد يكبر هذا الورم ويصل إلى حجم البرتقالة أو يزيد عن ذلك، وليس لهذا الورم أعراض ظاهرة إلا إذا نزف بسبب تعرضه للرض.

وسوف Squames:

وهو أحد الاندفاعات الثانوية التي تحدث في الجلد نتيجة لارتشاف البقع والحطاطات.

وهن عضلي وبيل Myasthenia Gravis :

هو مرض منيع للذات مكتسب Acquired Autoimmune Disease، يتميز بضعف وسرعة تعب عضلات الأطراف الدانية (الزند، الفخذ) وعضلات العين وعضلات البلعوم والحنجرة.

ومرض الوهن العضلي الوبيل يصيب النساء أكثر من الرجال والنسبة هي ٦ إلى ٤، ويمكن أن يحدث في أي عمر ولكن أكثر الحالات تكون في الثلاثينيات من العمر، ويحدث في النساء أكثر في العقد الثالث والرابع من العمر وفي الرجال في العقد السادس والسابع من العمر، ويصيب تقريباً ٤ أشخاص من كل ١٠٠،٠٠٠ نسمة.

المسببات:

ليزال سبب هذا المرض غير معروف، ولكن يوجد في دم المريض أضداد ذاتية ضد مستقبلات الأسيتيل كولين Acetylcholine Receptors Antibodies في المشبك Synapse بين الأعصاب الحركية والعضلات Motor End Plate، وهذه الأضداد من فصيلة IgG تسبب خلل في مرور الإشارات العصبية عبر المشابك للعضلات لأنها تلتصق بمستقبلات الأسيتيل كولين وتمنع الأسيتيل كولين Acetylcholine وهي المادة التي تعمل على نقل الإشارات العصبية عبر فضاء المشبك للطرف الثاني، وبالتالي يحدث الوهن والضعف في العضلات، وهذه الأضداد تسبب عملية التهاب في هذه المستقبلات لاحقاً مما يؤدي إلى تلفها.

ويرافق مرض الوهن العضلي الوبيل بعض الأمراض منها:

- **أمراض الغدة الدرقية: فرط الغدة الدرقية** Thyrotoxicosis **وقصور الغدة الدرقية** Hypothyroidism.
- **مرض السكري.**
- **التهاب المفاصل الرثوي** Rheumatoid Arthritis.
- **مرض الذأب الحمامي** SLE.
- **ورم التوتة** Thymoma.
- **بعض الأدوية مثل د بنيسيل أمين** D-Penicillamine، **الذي يستخدم في علاج التهاب المفاصل الرثوي.**
- **مرض الغرناوية** Sarcoidosis.
- **فقر الدم الوبيل** Pernicious Anaemia.

أعراض المرض:

١- **ضعف ووهن العضلات: وهي الخاصية المميزة لهذا المرض، وأي عضلة في الجسم يمكن أن تتأثر بالمرض إلا عضلة القلب، ويشعر المريض بضعف العضلة أثناء القيام بعمل أو حركة متكررة حيث تضعف العضلة تدريجياً مع تكرار الحركة.**

٢- **أول العضلات تأثراً بالمرض هي عضلات التكلم وتعابير الوجه.**

٣- **إصابة عضلات العين: يؤدي إلى تدلي الجفون** Ptosis، **ازدواج الرؤية** Diplopia، **والحول** Squint.

٤- **إصابة عضلات التنفس يؤدي إلى صعوبة التنفس وأحياناً يكون شديد بحيث يحتاج المريض إلى التنفس الصناعي وخاصة أثناء نوبات كارثة الوهن العضلي** Myasthenic Crisis.

٥- **يكون صوت المريض حين يتكلم كالذي يتكلم من أنفه** Speech Nasal.

٦- **من العوامل التي تزيد من حدة الوهن هي:**

- **الإرهاق الجسدي.**

- **الرياضة.**
- **الإنتانات والإلتهابات.**
- **الحالة النفسية.**
- **تغير الطقس.**
- **الحمل.**
- **بعض الأدوية مثل** (الأمينوغلايكوسايد Aminoglycosides، بروبرانولول Propranolol، مورفين Morphine، باربتيريت Barbiturates، بروكين أمايد Procainamide، كوينيدين quinidine).

التشخيص:

١- **تحليل أضداد مستقبلات الأسيتيل كولين في الدم Serum Acetylcholine Receptors Antibodies: وهي أضداد IgG نوعية** (خاصة بالمرض) Disease-Specific IgG **وتكون موجودة في ٩٠% من المرضى المصابين بالنوع العام وفي ٥٠% من المرضى المصابين بالوهن العضلي بالعين فقط، وهذه الأضداد غير موجودة في أي مرض آخر.**

٢- **إختبار التنسولين (إدروفونيوم) Tensolin (Edrophonium) Test : الإدروفونيوم مادة ضد خميرة (إنزيم) الكولين إستيريز** Anticholinesterase **وحقنها عبر الوريد يؤدي إلى تحسن أعراض المرض خلال ثواني ويدوم التحسن لمدة** ٢-٣ دقائق **وذلك لأنها تمنع الخميرة من تحطيم الأسيتيل كولين في المشبك.**

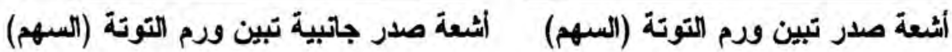
٣- **اختبار إثارة العصب Nerve Stimulation test: في هذا الاختبار تؤدي إثارة العصب المستمرة إلى هبوط مميز في الفعل الكامن المثار في العضلات** Evoked Muscle Action Potential.

٤- **أشعة للصدر X-Ray Chest: لمعرفة ما إذا كان هناك ورم التوتة** Thymoma **وإذا كان هناك شك بوجود الورم من الأشعة تعمل أشعة مقطعية** CT Scan **أو تصوير بالرنين المغناطيسي** MRI **لتثبيت التشخيص.**

٥- تحاليل لمعرفة ما إذا كان هناك مرض مرافق مثل تحليل وظائف الغدة الدرقية Thyroid Function Test وتحليل العامل الرثوي Rheumatoid Factor لإلتهاب المفاصل الرثوي وتحليل أضداد ضد العامل النووي Anti-Neuclear Factor Antibodies للذُأب الحمامي SLE وسرعة ترسب الدم ESR وتحليل أضداد ضد العضلات المخططة Antibodies Striated Muscles وتحليل أضداد ضد العامل الداخلي Intrinsic Factor Antibodies والذي يكون موجوداً في فقر الدم الوبيل وكذلك تحليل أضداد ضد الدرقية -Anti Antibodies Thyroid .







أشعة صدر تبين ورم التوتة (السهم)　　أشعة صدر جانبية تبين ورم التوتة (السهم)

العلاج:

- يعطى المريض مضادات الكولين إستيريز الفموية Oral Anticholinesterases وهي تزيد كمية ومدة عمل الأسيتيل كولين في المشابك بمنع الكولين إستيريز من تحطيمه.

ومنها البايريدوستجمين Pyridostigmine وهو أكثرها إستخداماً ويؤخذ بجرعة ٤ - ١٦ حبة يومياً حسب استجابة المريض له وكل حبة تحتوي على ٦٠ مليغرام.

- يتم استئصال التوتة Thymectomy جراحياً وذلك يؤدي إلى تحسن في ٦٠% من المرضى وسبب ذلك غير معروف بالضبط.

فإذا كان ورم التوتة موجوداً فيجب استئصالها جراحياً لوجود احتمال كونه ورماً خبيثاً.

- يعطى المريض العقاقير المثبطة للمناعة Immunosuppressant Drugs الأستيرودات القشرية (الكورتيزونات) Corticosteroids حيث تؤدي إلى تحسن في ٧٠% من الحالات، و يستخدم الأزاثايبرين Azathioprine معه عادة.
- العلاج بفصادة البلازما Plasmapheresis والغلوبينات المناعية Immunoglobulin Therapy : فصادة البلازما هي طريقة إزالة أضداد مستقبلات الأسيتيل كولين من الدم بسحب الدم وإزالة البلازما التي تحتوي على الأضداد وإرجاع كريات الدم للمريض، وتعطى الغلوبينات المناعية عن طريق الوريد، وينفع العلاجان في حالات تدهور المريض.

الوهن العضلي الوبيل والحمل:

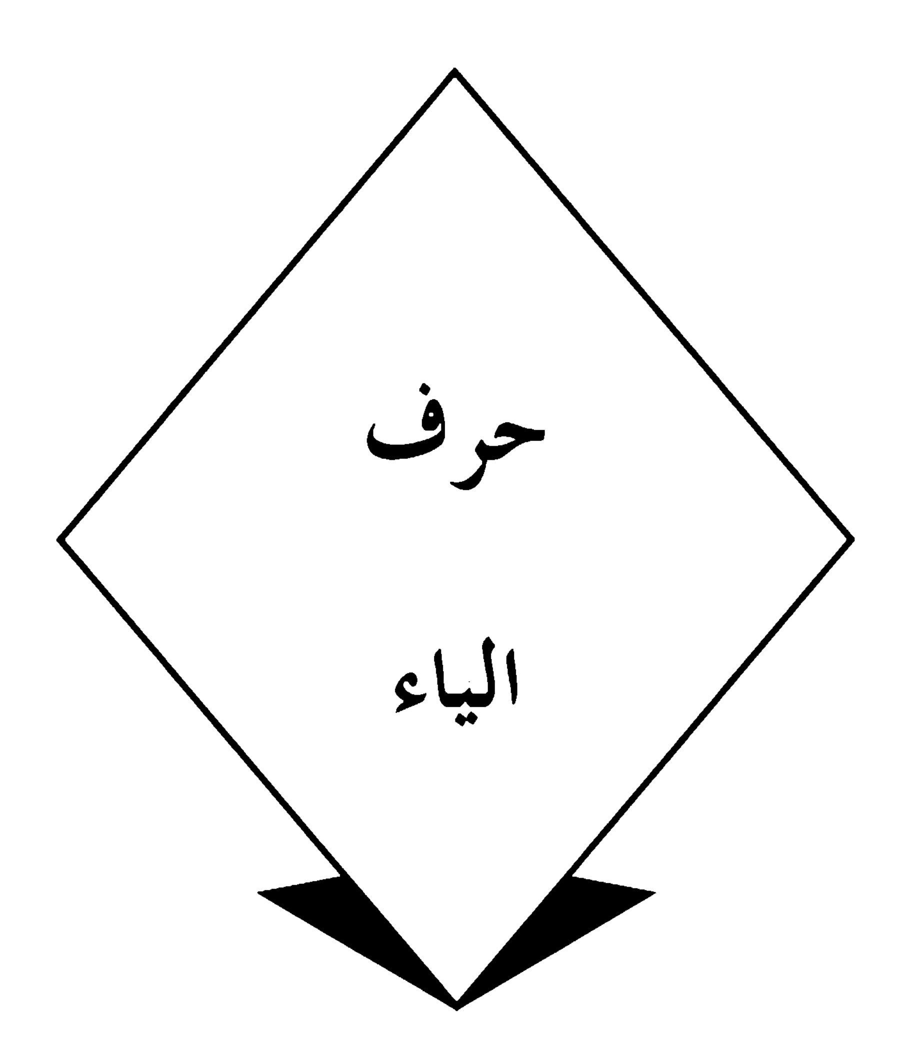
تستطيع المرأة المصابة بالوهن العضلي الوبيل أن تحمل وتلد بأمان تحت رعاية طبية مشتركة أثناء الولادة، فلا يوجد مانع من أن تحمل وتلد، ويجب الأخذ بعين الاعتبار بأن المرض ليس وراثياً فلا يوجد خوف من نقله للأولاد، ولكن هناك مضاعفات يمكن أن تحدث أثناء فترة الحمل والوضع نتيجة للضغط الذي يفرضه الحمل على الجسم ومنها:

١- ضعف عضلات التنفس قد يؤدي إلى كارثة تنفسية Crises Respiratory و٢٠% من المرضى يحتاجون للتنفس الصناعي أثناء فترة الحمل وهي أكثر المضاعفات خطورة.

٢- الإصابة بالخمج (الالتهابات).

٣- صعوبة عملية الولادة الطبيعية وخاصة المرحلة الثانية منها التي تتطلب عمل العضلات الهيكلية المصابة بالمرض، ويوصى باستخدام الملقط في التوليد.

٤- **مضاعفات تحدث للجنين منها الوهن العضلي الوبيل الولادي** Neonatal Myasthenia Gravis **نتيجة لعبور أضداد من دم الأم عبر المشيمة إلى دم الجنين ويصاب الجنين بضعف في المص** (الرضاعة) **والتنفس وتزول الحالة خلال** ٣ أسابيع **من الولادة وتصيب** ١٠ - ٢٠% **من المواليد للأمهات المصابات، ومنها الولادة قبل الموعد** (الخداج Prematurity) **ويحصل في** ٣٦,٥%، **ومنها حدوث تشوهات خلقية شديدة وحدوث الوفاة.**


حرف
الياء



يرقان Jaundice:

هو تغير لون الجسم والأنسجة وبياض العين والأغشية المخاطية باللون الأصفر وينتج ذلك بسبب ارتفاع مستوى البيليروبين في الدم، وينتج البيليروبين بعد تحلل الكريات الحمراء ويقسم إلى قسمين:

أ- البيليروبين المباشر Direct Bilirubin: يدخل هذا البيليروبين إلى الكبد ويرتبط مع الإنزيمات الكبدية.

ب- البيليروبين غير المباشر Indirect Bilirubin: ينتج هذا البيليروبين من تحلل الكريات الحمراء قبل أن يدخل إلى الكبد.

أنواع اليرقان:

١- اليرقان الفسيولوجي Physiological Jaundice:

يحدث هذا اليرقان للطفل حديث الولادة بعد مرور يومين أو ثلاثة من ولادته وتظهر أعراضه في اليوم الثالث أو الرابع، ويؤدي إلى ارتفاع مستوى البيليروبين غير المباشر.

المسببات:

حدوث عجز مؤقت في وظائف الكبد.

العلاج:

يعالج الطفل المصاب بهذا النوع من اليرقان بتعريضه لأشعة الشمس (أشعة خفيفة) أو وضعه في حاضنات ضوئية، حيث يتحول البيليروبين إلى مادة قابلة للذوبان في الماء وذلك تخوفاً من تأثير البيليروبين السيئ على الدماغ لدى الطفل الوليد.

٢- اليرقان المرضي Pathological Jaundice:

ويسمى اليرقان حال الدم ويحدث هذا النوع من اليرقان من الانحلال الزائد لخلايا الدم الحمراء والذي يتسبب في ازدياد تركيز البليروبين في الدم نتيجة لزيادة تراكم البيليروبين غير المباشر.

المسببات:

أ- الإصابة بأمراض الدم الانحلالية (مثل مرض الملاريا).

ب- عمليات نقل الدم (بطريق الخطأ).

ج- متلازمة Crigler Najjar .

٣- اليرقان الاحتباسي **Retention Jaundice**:

أو اليرقان المباشر ويسمى أيضاً اليرقان الكبدي الخلوي ويحدث عندما يكون الكبد مصاباً ولهذا لا يستطيع أن يفرز الصفراء الكافية وعجز الكبد عن تصريف البيليروبين، فيتجمع البليروبين في الجسم مسبباً اليرقان.

المسببات:

أ- التهاب الكبد الفيروسي (Viral Hepatitis).

ب- تشمع الكبد الكحولي (Hepatocirrhosis).

ج- انسداد القنوات الكبدية داخل وخارج الكبد بسبب وجود الأورام (Tumours) أو حصاة المرارة (Hepatolith). ويعرف باليرقان الانسدادي.

أعراض المرض:

١- تلون الجلد والانسجة والأغشية المخاطية وبياض العين باللون الأصفر.

٢- الحكة الجلدية.

٣- تغير اللون (يصبح غامقاً جداً) ويصبح لون البراز أبيض.

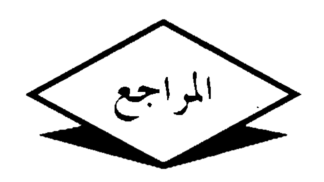
التشخيص:

- فحص نسبة البيليروبين في الدم.

- التصوير الشعاعي (X-Ray) أشعة ملونة أو عادية.

العلاج:

يتم علاج اليرقان حسب نوعه ويعالج العامل المسبب له.



المصادر العربية:

١- مقدمة في علم الأمراض - د. زين الدين مسودي - الطبعة الأولى - ١٩٨٩.

٢- أمراض العصر ،الأمراض النفسية والعقلية والسايكوسوماتية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٤.

٣- ألف باء جسم الإنسان، بتول الحسناوي - بيروت ١٩٩٠.

٤- موسوعة الطب النفسي، عبد المنعم الحنفي، القاهرة ١٩٩٢.

٥- دراسات في علم الأمراض النفسية، د. محمد جعفر الحبيب، جامعة بغداد، بغداد ١٩٩٣.

٦- النفس والوظائف النفسية د.عزيز ناصر حسين، جامعة الكوفة، العراق، ١٩٩٠.

٧- الأمراض النفسية والعقلية، د.عبد الرحمن العيسوي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٤.

٨- الأمراض النفسية الجسدية، منتهى الموسوي، دار الوفاق، بغداد ١٩٩٦.

٩- النفس أسرارها وأمراضها، د.محمد حمودة، مصر الجديدة، ١٩٩٠.

١٠- أمراض النفس والعلاج النفسي، فاطمة الحسناوي، جامعة بغداد ١٩٨٩.

١١- علم الأمراض السايكوسوماتية حنان كريم - دار الحنين - القاهرة ١٩٨٩.

١٢- الصحة النفسية مفهوم جديد وآمال جديدة، منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠١.

١٣- المعالجة العملية للكسور - د. رونالد مكري - ترجمة د. سامر الأيوبي - الطبعة الأولى ١٩٩١.

١٤- العظام أمراضها وعلاجها - د. محمد جعفر الحسناوي - الطبعة الأولى - جامعة بغداد ١٩٩٠.

١٥- موسوعة أمراض العصر: د. زيدون محمد جعفر التميمي – دمشق – ٢٠٠٢م الطبعة الأولى.
١٦- الداء والدواء: د. زيدون البدوي – الطبعة الأولى بغداد ١٩٩٥.
١٧- الموسوعة العربية العالمية أجزاء متعددة، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر السعودية، الطبعة الأولى ١٩٨٨.
١٨- الأمراض النسائية وعلاجها. د.فاطمة الموسوي – كلية العلوم / علوم الحياة – العراق ١٩٨٨.
١٩- أمراض القلب والأوعية الدموية وجراحتها د.سامي القباني – دمشق ١٩٩٢.
٢٠- أمراض القلب والشرايين، د. زيدون التميمي – كلية الطب – جامعة بغداد – ١٩٩٣.
٢١- الموجز في الطب العام – د. زينب منصور الحسناوي – بغداد – مطبعة دار السلام ١٩٨٩.
٢٢- أمراض القلب، د.السيد الحديدي – دمشق ١٩٩٤.
٢٣- أمراض الجهاز الهضمي، د.زيدون التميمي – كلية الطب – جامعة بغداد ١٩٩١.
٢٤- مقدمة في علم الأمراض د.هيثم عزبي فرار، د. صلاح الدين أبو الرب – دار حنين الطبعة الأولى – عمان ١٩٩٢.
٢٥- ٢٥-حياتنا الجنسية: الطبعة ١٩٨٨/٣٠م. الدكتور صبري القباني. دار العلم للملايين.
٢٦- تشريح القلب والأوعية الدموية وأمراضها، د.زهراء البدوي – بغداد – مطبعة المنصور ١٩٩٠.
٢٧- الوجيز في علم الأمراض الجلدية والزهرية: د. محمد أديب – دار القلم – حلب ١٩٩٥.
٢٨- الأمراض التناسلية: إعداد محمد رفعت رئيس تحرير مجلة طبيبك الخاص. دار المعرفة للطباعة والنشر الطبعة الأولى ١٩٧٤م.

٢٩- الأمراض الطفيلية الفطرية عند الإنسان – د. محمد جعفر الحسناوي – الطبعة الأولى – جامعة بغداد ١٩٩٠.

٣٠- الأمراض البكتيرية عند الإنسان، د. محمد جعفر الحسناوي- الطبعة الأولى- جامعة بغداد ١٩٩٤.

٣١- الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها: د. محمد علي البار – دار المنارة للنشر – جدة ١٩٨٧.

٣٢- الأمراض الجلدية والحساسية: إعداد محمد رفعت رئيس تحرير مجلة طبيبك الخاص. دار المعرفة للطباعة والنشر الطبعة الأولى ١٩٧٤م.

٣٣- علم الأمراض: إكرام منصور- الطبعة الأولى - بيروت ١٩٩٨.

٣٤- الأمراض النفسية والجنسية: إيمان لفته علوان – بيروت/ ١٩٩٧.

٣٥- الحب الجنسي والأمراض الجنسية: الدكتور فريدريك كان. منشورات حمد الطبعة الثانية ١٩٨٦م.

٣٦- أمراض العصر ومشاكلها، مضر عبد المجيد الآلوسي، بغداد، منشورات وزارة الثقافة والإعلام، الطبعة الأولى، ٢٠٠٠.

المصادر الأجنبية:

1- Martindale – The Exctrapharmaco Poeia, 3,1st ed. The phormaceutical Press, London 1997.

2- H IV Infection: the clinical picture, Rebert R-Redfield & S.B Ruke, 1988.

3- war wilk R.&P.L. Williams, Grays Anatomy, 35th Edition . Longman, Edingburgh.1973.

4- Gary A.Thibodeau-kevint. Patton, Anatomy & Physiolgy Secondary edition U.S.A 1993.

5- William F.Ganong, Review of medical phsiology, 11th Edition

6- Al Habib.Ayad, Phsylogy of Human Body, 3rd Edition London 1991.
7- Medical microbiology By Dr. abbas Abdel Aziz Cairo university 1980.
8- Essential Immunity, Ivan Roitt,5 th Edition. 1986.
9- Moffatt D.J. Human Anatomical Terminology, Medical Examination Publishing Company inc. New York 1971.
10- Tarkhan A.A. Hund Book of Histology for medical students Costa Tsoumas and Co Press.
11- Atext Book of medicine by Dr.M.Salah Ibrahim – Baghdad 1999.
12- Ammanual of surgery Dr.M.Abede Azim. Rifaat Cairo university 1990.
13- Current medical Diagnosis and treatment – Suhair M.Musleh. USA 1988.
14- Al Habib. Ayad, Principles of Medicine 7th Edition, London 1994.
15- Synopsis of chinical syphilis Dr.Ayad Al.Habib – London 1985.
16- William F.Ganong, Review of medical phsiology, 11th Edition.
17- Al Habib. Ayad, Principles of Medicine 7th Edition, London 1994.
18- Birchwood, M.J.Hallett, s.e, and Preston, M.C. Schizophrenia, Longman, London 1988 .
19- Breslaw, L.D., Depression and Aging, Springer Publishing, co., New York. 1988.



المقدمة ٣

حرف الألف...٥

ابيضاض الدم Leukemia.. ٦
إجهاض (إسقاط) Abortion.. ٧
احتباس الإدرار الحاد Acute Urine retention.............................. ٨
احتشاء Infarction.. ٩
احتشاء العضلة القلبية Myocardial Infarction.............................. ١٠
احتقان Congestion.. ١٢
ارتجاع حامض المعدة (حُرقة الفؤاد) Disease Gastroesophageal Reflux.... ١٣
ارتخاء الصمام التاجي Mitral Valve Prolapse.............................. ١٩
ارتفاع ضغط الدم الشرياني (Hypertension).............................. ٢٠
أرق Insomnias.. ٣٦
استخدام قطرات العين Eye drops using.............................. ٣٩
إستخدامات الليزر في طب العيون (أشعة الليزر ....) Laser.............. ٤٢
إستخدامات الليزر في أمراض العيون.............................. ٤٢
استكماتيزم (اللابؤرية) Astigmatism.............................. ٤٢
اسهال Diarrhea.. ٤٤
اضطراب الدورة الشهرية.. ٤٤
اضطراب حركة القولون.. ٤٦
اضطرابات القلب.. ٤٨
اعتلال الشبكية السكري Diabetic Retinopathy.............................. ٤٩
اكتئاب Depression.. ٥٣
اكزيما Eczema.. ٦٠
اكياس الكبد المائية Echinococcus Cysts.............................. ٦٩

آلام أسفل الظهر Low Back Pain ٧٢
مشاكل الغضاريف ٧٢
التهاب الإحليل Urethraitis ٧٧
التهاب الأعصاب Polyneuritis ٧٨
إلتهاب البروستات الحاد Acute Prostate Infection ٧٩
إلتهاب البروستات المزمن Chronic Prostate Infection ٧٩
التهاب البلعوم Pharyngitis ٨١
التهاب البنكرياس الحاد Acute Pancreatitis ٨٢
التهاب البنكرياس المزمن (Chronic Pancreatitis) ٨٣
التهاب الثدي Mastitis ٨٤
إلتهاب الجلد التحسسي التماسي Allergic Contact Dermatitis ٨٥
إلتهاب الجلد التحسسي المباشر Direct Irritant Contact Dermatitis ٨٧
التهاب الجلد والعضل Dermatomyositis ٨٨
التهابات الجلد وتسماماته Dermatitis ٩٠
التهاب الحالب Ureteritis ٩٢
التهاب الحنجرة Laryngitis ٩٢
التهاب الحويصلات الشعرية Folliculitis ٩٣
التهاب الخشاء Mastoiditis ٩٣
التهاب الدماغ السباتي (مرض النوم) ٩٤
إلتهاب الرحم Hysteritis، Metritis، Uteritis ٩٥
التهاب الزائدة الدودية Appendicitis ٩٦
التهاب الصفاق Peritonitis ٩٨
التهاب الصوارين (القويطات) Perleche ٩٩
التهاب العظام Osteitis، Ostitis ٩٩
التهاب العقد الليمفاوية Lymphadenitis ١٠٠
التهاب الغدد العرقية المتقيح Hidradentis Suppurativa ١٠١
التهاب الغشاء الأنفي Rhinitis ١٠١

التهاب الغشاء البلوري (ذات الجنب) Pleurisy ١٠١
إلتهاب الفرج Aidoiitis، Vulvitis ١٠٣
التهاب القصبات الهوائية Bronchitis ١٠٤
التهاب القولون Colitis ١٠٥
التهاب القولون التقرحي Ulcerative Colitis ١٠٦
التهاب الكبد Hepatitis ١٠٩
التهاب الكبد الفايروسي Viral Hepatitis ١١١
التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (أ) Hepatitis A ١١٣
التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (ب) Hepatitis B ١١٥
التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (ج) Hepatitis C ١١٨
التهاب الكبد الفايروسي (الوبائي) (د) Hepatitis D or Delta ١٢٣
الإلتهاب الكبدي الفايروسي (الوبائي) (و) Hepatitis G ١٢٥
التهاب الكبيبات الكلوية (النيفرون) Glomerulo Nephritis ١٢٦
التهاب الكلية والحويضة الحاد Pyelonephritis Acute ١٢٧
التهاب الكلية والحويضة المزمن Pyelonephritis Chronic ١٢٩
التهاب اللثة السنخي Gingivitis، ulitis ١٣٠
التهاب اللوزتين Tonsillitis ١٣١
إلتهاب المبيضين Oophoritis، Ovaritis ١٣٢
التهاب المثانة الحاد Acute Bladder Infection ١٣٣
التهاب المجاري البولية (UTI) Urinary Tract Infection ١٣٤
التهاب المرارة Cholecystitis ١٤١
التهاب المعدة Gastritis ١٤١
التهاب المعدة الحاد Acute Infection ١٤٢
التهاب المعدة الضموري Atrophic Gastritis ١٤٦
التهاب المعدة الصلد أو الصلب (Scirrhous or Sclerosing Gastritis) ١٤٧
التهاب الملتحمة Conjunctivitis ١٤٨
التهاب النسيج الخلوي Cellulitis ١٥٠
التهاب بكتيري لغشاء القلب الداخلي Bacterial Endocardits ١٥١

إلتهاب جلد منطقة الحفاض Diaper Dermatitis ١٥١
إلتهاب رئوي Pneumonia ١٥٣
التهاب رئوي غير المطابق (غير التقليدي) Atypical Pneumonia ١٥٣
التهاب رئوي فصي (ذات الرئة الفصية) Lobar Pneumonia ١٥٤
التهاب رئوي قصبي (التهاب رئوي شعيبي) Broncho Pneumonia ١٥٥
التهاب السحايا Meningitis ١٥٧
التهاب غشاء التأمور Peicarditis ١٥٨
إلتهاب قناة الأذن الخارجية Otitis Externa ١٦٠
إلتهاب قناة فالوب Salpingitis ١٦٢
التهابات الحوض ١٦٢
ألم في الصدر Chest Pain ١٦٤
الألياف الطبيعية Natural Fibers ١٦٥
أمراض الجلد التحسّسيّة ١٦٨
أمراض حوالي السن Gingivoglossitis ١٧٠
أمراض نخاع العظام Bone Marrow Disease ١٧١
إمساك Constipation ١٧٢
انتفاخ الرئتين Emphysema ١٧٥
انتفاخات رحمية Uterus distention ١٧٥
انسداد المريء esophageal Obstruction ١٧٦
انسداد معوي Intestinal Obstruction ١٧٦
إنسداد وعائي Vascular Obstraction ١٧٧
أنسولين Insulin ١٧٨
انصمام (صمامة) Embolus ١٧٩
إنفصال شبكية العين Retinal Detachment ١٨٠
انفلونزا Influenza ١٨٧
انقلاب الرحم Utirus inversion ١٨٨
أورام الأمعاء الدقيقة Small Intestinal Carcinoma ١٨٩
أورام الأمعاء الغليظة Large Intestinal Tumours ١٩٠

أورام الخصية Testicular Lump ١٩٤
أورام المثانة Tumour of Bladder ١٩٥
ايدز AIDS متلازمة فقدان المناعة المكتسبة Acquired Immune Deficiency Syndrome ... ١٩٦

حرف الباء...٢٠١

بثور Pustules ٢٠٢
بُردة Chalazion ٢٠٢
بري بري Beriberi ٢٠٣
بعد النظر Hyperopia ٢٠٣
بقع Macule ٢٠٤
بلهارزيا Bilharizia ٢٠٤
بهاق Vitiligo ٢٠٥
بواسير Hemorrhoids (Piles) ٢٠٧
بيتا ثلاسيميا Beta Thalassemia ٢١٠

حرف التاء...٢١٥

تخزر Licheni Fication ٢١٦
تخلخل العظام Osteoporosis ٢١٦
تدرن الجلد Tuberculosis ٢١٧
تدرن المعدة Gastroculosis ٢١٧
تدرن ثؤلولي Warty Lupus ٢١٨
تدرن خنزيري Scrofuloderma ٢١٨
تدرن رئوي (السل) Pulmonary Tuberculosis ٢١٨
تساقط الشعر ٢٢١
تسمم الحمل ٢٢٦
تسمم الطعام Food Poisoning ٢٢٧
تسمم دموي Septicemia ٢٣١
تسمم ذاتي Auto Poisoning ٢٣٢
تشحم الكبد Fatty Lever ٢٣٢

تشمع الكبد Liver Cirrhosis ٢٣٤
تشنج الحجاب الحاجز (الفواق) Diaphragm Spasm ٢٣٥
تشنجات حرارية Febrile Convulsions ٢٣٦
تصلب الجلد Scleroderma ٢٣٧
تصلب الشرايين Atherosclerosis ٢٤١
تصلب متعدد Multiple Sclerosis MS ٢٤٤
تضخم البروستات Prostate Hypertrophy ٢٥٣
تطعيمات أساسية Vaccines ٢٥٥
تقرح نزلات البرد ٢٥٦
تقرحات Ulcers ٢٥٧
تقرحات عنق الرحم Cervical ulceration ٢٥٧
تكيس المبايض Polycystic Ovary Syndrome ٢٥٨
تكيسات الكبد Cysts of the Liver ٢٥٩
تليف الكبد Liver Cirrhosis ٢٥٩
تورم الساقين Lower Limb Oedema ٢٦٠
توسع الشرايين (أم الدم) Aneurysm ٢٦١
توقف عن التدخين Stopping Smoking ٢٦١
تينة عنقودية Psychosis Brabace ٢٦٦
تينة فطرية ٢٦٦

حرف الثاء...٢٦٧

ثآليل Warts ٢٦٨
ثآليل أخمصية Mosaic Plantar Warts ٢٦٨
ثآليل تناسلية Genital Warts ٢٦٨
ثآليل - تناسلية إفرنجية Venereal Warts ٢٦٨
ثآليل خيطية Filiform Warts ٢٦٨
ثآليل عادية Common Warts ٢٦٨
ثآليل منبسطة فتوية Plane Warts ٢٦٩

حرف الجيم...٢٧١

جدري القرود Monkeypox ٢٧٢

جُديري مائي Chickenpox ٢٧٣

جذام Leprosy ٢٧٤

جرب Scabies ٢٧٨

جسم غريب في العين Eye Foreign Body ٢٨٠

جفاف العين Dry Eye ٢٨١

جلطة رئوية Pulmonary Embolus ٢٨٢

جلطة قلبية (احتشاء عضلة القلب) Myocardial Infarction (M.I) ٢٨٦

جليجل Stye ٢٩٩

جمرة حميدة Carbuncle ٢٩٩

جمرة خبيثة Anthrax ٢٩٩

جنف Scoliosis ٣٠٣

حرف الحاء...٣١٥

حب الشباب (عد شائع) Acne Vulgaris ٣١٦

حبيبوم تقيحي (ورم عنقودي نازف) Granuloma ٣٢٢

حروق شمسية Sunburn ٣٢٢

حزاز منبسط Lichen Planus ٣٢٣

حساسية Allergie ٣٢٤

حساسية الأنف Allergic Rhinitis ٣٢٨

حساسية الأنف الموسمية Seasonal Allergic Rhinitis ٣٢٩

حساسية الجلد (التهاب الجلد التماسي) Allergic Contact Dermatitis ٣٣١

حصبة Measles Rubeolla ٣٣٢

حصبة لانمطية (غير النموذجية) Atypical Measles ٣٣٤

حصى الكلية Hypercalciuria (Renal Stones) ٣٣٦

حصى المثانة Bladder Vesical Stones ٣٤١

حصى المجاري البولية Urinary Tract Stones (Calculi) ٣٤٨

حصى المرارة Gall stones ٣٥٣
حطاطات Papule ٣٥٤
حمرة Erysiplas ٣٥٤
حمى Fever ٣٥٥
حمى التايفوئيد Typhoid Fever ٣٥٦
حمى الصفراء Amarillic typhus ٣٥٨
حمى القش Rhinallergosis، hay fever ٣٥٩
حمى النفاس Purperal Fever ٣٦٠
حمى رثوية (روماتزمية) Rheumatic Fever ٣٦١
حمى قرمزية Scarlatina ٣٧٠
حمى كيو Q fever ٣٧١
حمى متموجة (حمى مالطة) Fever (Malta fever) Undulant ٣٧١
حميات باراتايفوئيدية Paratyphoid fever ٣٧٢
حول Strabismus ٣٧٢
حويصلة Vesicle ٣٧٤

حرف الخاء...٣٧٥

خفقان القلب Palpitation ٣٧٦
خلل التصبغ Dyschromia ٣٧٦

حرف الدال...٣٧٧

داء البطانة الرحمية Endometriosis ٣٧٨
داء الثعلبة Alopecia ٣٧٨
داء الصدفية Psoriasis ٣٧٩
داء الفيل Elephantiasis ٣٨١
داء المبيضات Candidiasis ٣٨٢
داء المشعرات Trichomoniasis ٣٨٣
داء الملك ٣٨٥
داء المنطقة Herpes Zoster (Zona) ٣٨٦

داء النفق الرسغي Carpal Tunnel Syndrome ٣٨٧
داء باجيت Paget's Disease ٣٩١
داء هودغ كن Hodgkin's Disease ٣٩٢
دايزنتري Dysentery ٣٩٢
دخنية Prickly Heat ٣٩٣
دفتيريا Diphtheria ٣٩٣
دمل Furuncle ٣٩٤
دوار Vertigo ٣٩٥
دوالي Varicose Veins ٣٩٧
دوالي الصفن Scrotum Varicose ٣٩٨
دوالي المريء Esophagus Varicose ٣٩٩
دوالي المستقيم (البواسير) Rectum Varicose ٤٠١
دودة إسكارس Ascaris ٤٠١
دودة الاكسيورس Oxyuyrts oxyure ٤٠٢
دودة الانكلستوما Aneytoaiome ankyloetoma ٤٠٢
دودة كبدية Liver fivke toie dous ٤٠٣
دودة وحيدة Toente tenie ٤٠٤

حرف الذال...٤٠٥

ذأب حمامي (ذئبة حمامية) Systemic Lupus Erythematosus SLE ٤٠٦
ذئبة درنية (السلية) Lupus Vulgaris ٤١٤
ذبحة صدرية (خناق الصدر) Angina Pectoris ٤١٤

حرف الراء...٤٢١

ربو قصبي Bronchial Asthma ٤٢٢

حرف الزاي...٤٣١

زحار Dysentery ٤٣٢
زراعة قرنية العين Corneal Transplant ٤٣٣
زكام Coryza (انفلونزا) Common Cold (Influenza) ٤٣٣

زهري Venereal ٤٣٦

حرف السين...٤٤٣

سرطان البروستات Carcinoma of the Prostate ٤٤٤
سرطان الثدي Breast Cancer ٤٤٥
سرطان الجلد Skin Carcinoma ٤٤٧
سرطان الخصية Testicular Carcinoma ٤٥٠
سرطان الرئة Carcinoma of the Lung ٤٥٠
سرطان الرحم Carcinoma of the Uterus ٤٥١
سرطان القولون Colon Cancer ٤٥٢
سرطان الكبد الأولي Primary Liver Carcinoma ٤٥٣
سرطان الكبد الثانوي Secondary Liver Carcinoma ٤٥٤
سرطان المريء Esophagus Carcinoma ٤٥٥
سرطان المعدة Gastric Carcinoma ٤٥٧
سرطان غدي Carcinoma ٤٥٨
سرطان كلوي Renal Carcinoma ٤٥٨
سرعة القذف ٤٦٠
سعال Cough ٤٦١
سعال ديكي Whooping-Cough ٤٦١
سعفات جازة Tinea Tonsurans ٤٦٣
سعفات قرعية Tinea Favosa (Favus) ٤٦٣
سفلس Syphilis ٤٦٥
سقوط الشرج Analptosis ٤٧٠
سكتة دماغية (جلطة المخ) Stroke ٤٧١
سكري Diabetis Mellitus ٤٧١
سلس البول Anischuria ٤٨٢
سوء الامتصاص المعوي Intestinal Malabsorption ٤٨٢
سيلان Gonorrhea ٤٨٤

حرف الشين...٤٩١

شتر خارجي Ectropion ٤٩٢
شتر داخلي Entropion ٤٩٢
شد عضلي Muscle cramp ٤٩٣
شرث Pernio ٤٩٤
شرى Urticaria ٤٩٥
شعرانية Hirsuitism ٥٠١
شقوق Fissures ٥٠٤
شقيقة Megrim ٥٠٤
شلل الأطفال Polio(myelitis) ٥٠٤
شلل الجهاز العصبي المحيطي Paralysis PNS ٥٠٦
شلل الجهاز العصبي المركزي Paralysis CNS ٥٠٧
شلل بل (شلل العصب الوجهي) Bell's palsy ٥٠٨
شلل تشنجي Spastic paralysis ٥٠٩
شلل مخي Panplegia ٥١٠
شهد سيلز Kerion Celsi ٥١١

حرف الصاد...٥١٣

صداع Headache ٥١٤
صداع توتري Hypertension headache ٥١٤
صداع نصفي أو صداع مرضي (الشقيقة) Migraine ٥١٥
صدمة Shock ٥١٦
صرع Epilepsy ٥١٨

حرف الضاد...٥٢٥

ضيق النفس Shortness of Breath ٥٢٦

حرف الطاء...٥٢٧

طاعون بشري Plague ٥٢٨

طلوان Leukoplakia ٥٢٩

حرف العين...٥٣١

عامل رايزي RH ٥٣٢
عدوى الأظافر الفطرية Onychomycosis ٥٣٣
عرف الديك Condyloma Acuminatum ٥٣٤
عسر الهضم Indigestion ٥٣٦
عقبول بسيط Herpes Simplex ٥٣٦
عقد Nodules ٥٣٩
عقم Infertility ٥٣٩
عمى الألوان Colour Blindness ٥٤٠
عيوب الإنكسار الضوئي Refractive Errors ٥٤٢
عيوب القلب ٥٤٣

حرف الغين...٥٤٩

غثيان وتقيؤ Nausea &Vomiting ٥٥٠
غشاء خارج الرحم ٥٥٣

حرف الفاء...٥٥٥

فتق Hernia ٥٥٦
فتق الفوهة الحجابية Diaphragmatic Opening Hernias ٥٥٧
فتق حجابي Diaphragmatic Hernias ٥٦١
فتق خلف الذيل الخنجري (فتق شق لاري) Porocele ٥٦١
فتوق القبة الحجابية Omphalocele ٥٦٢
فتوق رضية Trauma hernia ٥٦٢
فرط التعرق Hyperhidrosis ٥٦٣
فرط كريات الدم البيضاء Leuco Cytosia ٥٦٩
فرط كريات الدم الحمراء Polycythemia Vera ٥٦٩
فطريات Mycosis ٥٧٠
فقاعة Bullae ٥٧٥

فقر الدم Anaemia ٥٧٥
فقر الدم الانحلالي (آفات الدم الانحلالية) Hemolytic anaemia ٥٧٧
فقر الدم الخبيث (نقص الفيتامين) Perincious anaemia (B١٢) ٥٧٨
فقر الدم الناتج عن نقص الحديد Iron Deficiency anaemia ٥٧٩
فقر الدم الوراثي Deficiency anemia ٥٨٧
فقر الدم بسبب نقص حامض الفوليك Folic Acid deficiency ٥٨٨

حرف القاف...٥٨٩

قدع (قصو البصر) PresByopia ٥٩٠
قدم غاطسة Contact Dermatitis ٥٩٠
قذف السائل المنوي اللاإختياري ٥٩١
قذف ليلي Pollution ٥٩٢
قرحة الاثني عشري Duodenal Ulcer ٥٩٤
قرحة القولون Ulcerative Colitis ٥٩٩
قرحة المعدة Peptic Ulcer ٦٠٠
قرحة لينة Chancroid، Ulcus - Molle ٦٠٨
قشرة الرأس Pityriasis Capitis ٦٠٩
قشور Crusts ٦١١
قصر النظر Myopia ٦١١
قصور الغدة الدرقية Hypothyroidism ٦١١
قصور الكلى Renal Failure ٦١٧
قمل الجسد Pediculosis Corporis ٦٢٣
قمل الرأس Pediculosis Capitis ٦٢٤
قمل العانة (الطاطاي) Phthirius pubis ٦٢٥
قوباء سوداء (قرة) Ecthyma ٦٢٦
قوباء شقراء Impetigo ٦٢٦
قيلة مائية (أدرة) Hydrocelle ٦٢٧

حرف الكاف...٦٢٩

كثرة الدموع Watery Eye ٦٣٠
كساح Rickets ٦٣١
كوليرا Cholera ٦٣٢
كوليسترول Cholesterol ٦٣٤
مراحل تضيق الشريان نتيجة ترسب الكوليسترول في الجدار ٦٣٦
كيس الشعر Hairecyst ٦٤١

حرف اللام...٦٤٣

لايشمانيا (دمل الشرق) Leishmana ٦٤٤
ليفة أو إسفنجة Fibroisis ٦٤٦
لين العظام Osteo Malacia ٦٤٧

حرف الميم...٦٤٩

ماء أبيض Cataract ٦٥٠
ماء أزرق Glaucoma ٦٥٢
متلازمة القولون العصبي Irritable Bowel Syndrome ٦٥٥
متلازمة تحلل الدم واليوريميا Haemolytic Uraemic Syndrome ٦٥٧
متلازمة تنفسية حادة شديدة (سارس)(SARS) Severe Acute Pulmonary Syndrome .. ٦٥٩
متلازمة كوشنك Cushing's syndrome ٦٦٣
مذح Intertrigo ٦٦٦
مرض باركنسون Barkinson's disease ٦٦٧
مرض بيرجو Burger's Disease ٦٦٨
مرض ذات القواتم Pnaeo Chromocytoma ٦٦٨
مرض رينود Raynaud's Disease ٦٦٩
مرض كرون Crohn's Disease ٦٧٠
مرض كريات الدم الحمراء المنجلي (المنجلية) Sickle Cell disease ٦٧٥
مرض كون Conn's Disease ٦٧٩
مغص كلوي Renal Spasm ٦٨١

ملاريا Malaria ٦٨١
مليساء سارية Molluscum Contagiosum ٦٨٣
منظار المعدة Upper GI Endoscopy ٦٨٤
منعكس مريئي معدي (ترجيع) Esophageal Reflex ٦٨٧

حرف النون...٦٨٩

ناسور Fistula ٦٩٠
ناسور شرجي Anisyrinx ٦٩٠
ناسور عصعصي Coccygeal Fistula ٦٩١
نخالة وردية Pityriasis Rosea ٦٩١
نخالية مبرقشة Pityriasis Versicolor ٦٩٣
نخرة جافة Avascular Necrosis ٦٩٤
ندبات Scars ٦٩٤
نزف Haemorrhage ٦٩٤
نزف الجهاز الهضمي Gastrointestinal Bleeding ٦٩٧
نزلات معوية في الأطفال Gastrocatarrh ٧٠٠
نقرس وفرط حامض اليوريك في الدم Gout and Hyperuricaemia ٧٠١
نقص الإنزيم كلوكوز-٦- فوسفيت ديهادروجينيز (أنيميا البقول) -٦-Glucose
Phosphate Dehydrogenase (G٦PD) Deficiency ٧٠٨
نقص التروية القلبية (الذبحة الصدرية)(Ischaemic Heart Disease (Angina Pectoris .. ٧١١
نقص كريات الدم البيضاء Leucopenca ٧٢٥
نقص كلوكوز الدم (السكر) Hypoglycemia ٧٢٥

حرف الهاء...٧٢٩

هامارتوما Hamartoma ٧٣٠
هبرية (قشرة الرأس) Scurf ٧٣٠
هبوط القلب Heart prolapsus ٧٣١
هربس تناسلي بسيط Herpes Simplex Genitalis ٧٣١
هرمون ليبتين Leptin ٧٣٤

هيموفيليا Hemophilia ٧٣٦
هشاشة العظام Osteoporosis ٧٣٧

حرف الواو...٧٣٩

وحمة وعائية Nevus vessel ٧٤٠
وذمة Oedema ٧٤٠
ورم حميد Benign Tumor ٧٤٢
ورم خبيث Malignant tumor ٧٤٢
ورم دموي Hematoma ٧٤٣
ورم غدي سليم Benign Adenoma ٧٤٣
ورم غدي غير مفرز للأنسولين Non Insulin Secreting Adenoma ٧٤٤
ورم غدي مفرز للأنسولين Insulinoma ٧٤٤
ورم غير هودجكن Non-Hodgkin's Lymhpoma ٧٤٥
ورم ليفي بالثدي Fibrocystic Breast Disease ٧٤٥
ورم ليمفاوي Lymphoma ٧٤٥
ورم ملاني Melanoma ٧٤٦
ورم هودغ كن Hodgkin's Lymhpoma ٧٤٦
ورم وعائي Aneuresm ٧٤٦
ورم وعائي دموي Heamangioma ٧٤٧
وسوف Squames ٧٤٧
وهن عضلي وبيل Myasthenia Gravis ٧٤٧

حرف الياء...٧٥٣

يرقان Jaundice ٧٥٤
المراجع ٧٥٧
الفهرس ٧٦١